

**ÖNGYILKOSSÁG:**  
**MENTÁLIS RIZIKÓFAKTOROK ÉS PREVENCIÓS LEHETŐSÉGEK,**  
**KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORRA**

**BALÁZS JUDIT ÁGNES**

**AKADÉMIAI DOKTORI ÉRTEKEZÉS**

**BUDAPEST, 2018**

## TARTALOMJEGYZÉK

|   |     |
|---|-----|
| KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS .....   | 6   |
| AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁHOZ KAPCSOLÓDÓ, A DISSZERTÁCIÓBAN<br>KÖZVETLENÜL FELHASZNÁLT, A PhD VÉDÉS UTÁN MEGJELENT SAJÁT<br>KÖZLEMÉNYEK JEGYZÉKE ..... | 8   |
| RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE .....  | 12  |
| TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE .....   | 20  |
| ÁBRÁK JEGYZÉKE .....  | 22  |
| MELLÉKLETEK JEGYZÉKE .....  | 23  |
| 1. ELŐSZÓ: AZ ÉRTEKEZÉS ELMÉLETI ÉS FORMAI MEGFONTOLÁSA ..  | 24  |
| 2. BEVEZETŐ .....   | 27  |
| 2.1. Az öngyilkosság fogalma és klasszifikációja .....  | 27  |
| 2.2. Az öngyilkosság epidemiológiai adatai .....  | 28  |
| 2.3. Az öngyilkosság rizikófaktorai .....   | 32  |
| 2.4. A depressziós kevert epizód és az öngyilkosság .....   | 38  |
| 2.5. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar és az öngyilkosság .....  | 44  |
| 2.6. A nem-szuicidális önsértés .....   | 66  |
| 2.7. A pszichiátriai zavarok klasszifikációja: kategóriális-dimenzionális szemlélet,<br>küszöb alatti zavarok .....                             | 90  |
| 2.8. Az életminőség és az öngyilkosság .....  | 114 |
| 2.9. Az öngyilkosság védőfaktorai és megelőzési lehetőségei .....   | 120 |
| 3. CÉLKITŰZÉSEK .....   | 127 |
| 3.1. A depressziós kevert epizód mint öngyilkossági rizikófaktor .....  | 127 |
| 3.2. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint öngyilkossági rizikófaktor .....   | 127 |
| 3.3. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint a nem-szuicidális önsértés<br>rizikófaktor .....   | 128 |

|   |     |
|---|-----|
| 3.4. Az életminőség mint öngyilkossági rizikófaktor .....   | 128 |
| 3.5. A küszöb alatti pszichiátriai zavarok mint öngyilkossági rizikófaktorok .....                | 128 |
| 3.6. Hatékony fiatalkori öngyilkosság prevenciós program kidolgozása .....                        | 128 |
| 4. MÓDSZEREK .....  | 129 |
| 4.1. A depressziós kevert epizód mint öngyilkossági rizikófaktor .....                            | 129 |
| 4.1.1. Eljárás, vizsgálati személyek .....  | 129 |
| 4.1.2. Eszközök .....   | 129 |
| 4.1.3. Statisztika .....  | 130 |
| 4.2. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint öngyilkossági rizikófaktor .....                 | 131 |
| 4.2.1. Eljárás, vizsgálati személyek .....  | 131 |
| 4.2.2. Eszközök .....   | 131 |
| 4.2.3. Definíciók .....   | 133 |
| 4.2.4. Statisztika .....  | 133 |
| 4.3. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint a nem-szuicidális önsértés<br>rizikófaktor ..... | 134 |
| 4.3.1. Eljárás, vizsgálati személyek .....  | 134 |
| 4.3.2. Eszközök .....   | 134 |
| 4.3.3. Definíciók .....   | 135 |
| 4.3.4. Statisztika .....  | 135 |
| 4.4. Az életminőség mint öngyilkossági rizikófaktor .....   | 137 |
| 4.4.1. Eljárás, vizsgálati személyek .....  | 137 |
| 4.4.2. Eszközök .....   | 138 |
| 4.4.3. Statisztika .....  | 140 |
| 4.5. A küszöb alatti pszichiátriai zavarok mint öngyilkossági rizikófaktorok .....                | 141 |
| 4.5.1. Eljárás, vizsgálati személyek .....  | 141 |

|  |     |
|--|-----|
| 4.5.2. Eszközök .....  | 143 |
| 4.5.3. Definíciók .....  | 144 |
| 4.5.4. Statisztika .....   | 145 |
| 4.6. Hatékony fiatalkori öngyilkosság prevenciós program kidolgozása .....                                   | 146 |
| 4.6.1. Eljárás, vizsgálati személyek .....   | 146 |
| 4.6.2. Eszközök .....  | 146 |
| 4.6.3. Intervenciók .....  | 147 |
| 4.6.4. Statisztika .....   | 153 |
| 5. EREDMÉNYEK .....  | 155 |
| 5.1. A depressziós kevert epizód mint öngyilkossági rizikófaktor .....                                       | 155 |
| 5.1.1. Vizsgálati személyek .....  | 155 |
| 5.1.2. Pszichiátriai zavarok előfordulási gyakorisága .....  | 155 |
| 5.1.3. Depressziós kevert epizód .....   | 155 |
| 5.2. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint öngyilkossági rizikófaktor .....                            | 160 |
| 5.2.1. Vizsgálati személyek .....  | 160 |
| 5.2.2. Pszichiátriai zavarok előfordulási gyakorisága .....  | 161 |
| 5.2.3. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar tünetei és az öngyilkos magatartás közötti kapcsolat .....     | 161 |
| 5.3. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint a nem-szuicidális önsértés rizikófaktor .....               | 169 |
| 5.3.1. Vizsgálati személyek .....  | 169 |
| 5.3.2. Pszichiátriai zavarok előfordulási gyakorisága .....  | 169 |
| 5.3.3. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar tünetei és az nem-szuicidális önsértés közötti kapcsolat ..... | 171 |
| 5.4. Az életminőség mint öngyilkossági rizikófaktor .....  | 176 |
| 5.4.1. Vizsgálati személyek .....  | 176 |

|  |     |
|--|-----|
| 5.4.2. Leíró adatok. A reliabilitás-vizsgálat eredményei .....   | 179 |
| 5.4.3. Az életminőség mediátor szerepe a pszichopatológia és az öngyilkos magatartás rizikója között ..... | 180 |
| 5.5. A küszöb alatti pszichiátriai zavarok mint öngyilkossági rizikófaktorok .....                         | 182 |
| 5.5.1. Vizsgálati személyek .....  | 182 |
| 5.5.2. Szorongás, depresszió .....   | 183 |
| 5.5.3. Pszichopatológia .....  | 185 |
| 5.5.4. Funkciókárosodás .....  | 187 |
| 5.5.5. Öngyilkos magatartás .....  | 190 |
| 5.6. Hatékony fiatalkori öngyilkosság prevenciós program kidolgozása .....                                 | 192 |
| 5.6.1. Vizsgálati személyek .....  | 192 |
| 5.6.2. Intervenciók hatása .....   | 193 |
| 6. DISZKUSSZIÓ .....   | 196 |
| 6.1. A depressziós kevert epizód mint öngyilkossági rizikófaktor .....                                     | 196 |
| 6.2. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint öngyilkossági rizikófaktor .....                          | 201 |
| 6.3. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint a nem-szuicidális önsértés rizikófaktor .....             | 205 |
| 6.4. Az életminőség mint öngyilkossági rizikófaktor .....  | 210 |
| 6.5. A SEYLE vizsgálat .....   | 214 |
| 6.5.1. A küszöb alatti pszichiátriai zavarok mint öngyilkossági rizikófaktor .....                         | 214 |
| 6.5.2. Hatékony fiatalkori öngyilkosság prevenciós program kidolgozása .....                               | 217 |
| 7. ÖSSZEFOGLALÁS, ÚJ EREDMÉNYEK .....  | 224 |
| IRODALOM .....   | 227 |
| MELLÉKLETEK .....  | 281 |

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Bár értekezésem legelejére szerkesztem a „Köszönetnyilvánítás” részt, most ülök le írni, amikor úgy érzem, hogy készen vagyok az egész doktori anyaggal, az értekezéssel, a tézisekkel és a szükséges adatlapokkal, igazolásokkal. Nagyon sok embernek tartozom köszönettel, hogy eddig el tudtam jutni szakmai életemben.

Értekezésem írásakor igyekeztem megfelelni a formai követelményeknek és szokásoknak, de most a „Köszönetnyilvánítás” felépítésében eltérek az íratlan szabálytól.

Először *szüleimnek* szeretnék köszönetet mondani, mindenért... aztán a „mostani legszűkebb családomnak”, *férjemnek* és *lányomnak*, mindenért... majd tágabb családomnak.

Köszönöm *barátaimnak*, hogy szakmai életemet ismerik, követik - mert tudják, hogy fontos nekem - és köszönöm, hogy a világ más részeit is behozzák a mindennapjainkba...

Rátérve szakmai életem fontos kapcsolataira – akik közül, sokan barátaim lettek a hosszú évek alatt, amiért külön hálás vagyok nekik – a sok kolléga közül, akikkel az elmúlt közel három évtizedben, az egyetem alatt már és utána együtt dolgoztunk, kiemelten a következőknek szeretnék köszönetet mondani.

Köszönöm *Ferenczi-Dallos Gyöngyvérnek* és *Keresztény Ágnesnek*, hogy a PhD címem megszerzése után és a három éves boldog GYES időszakomról visszatérve a szakmába, velük együtt az önálló kutatásainkat elkezdtuk építeni, először „csak” hobbiból, majd egyetemi kutatócsoportot teremtettünk, és azóta is folytatjuk a munkát egyre bővülő csapattal, miközben Gyöngyvér és Ági is megvédték PhD címüket.

Kutatócsoportunk PhD hallgatóival - van aki épp elkezdte velünk a munkát, van akivel sok éve dolgozunk - töltöm a mindennapjaimat, együtt gondolkozunk, keményen dolgozunk és sokat nevetünk, ha kell vigasztaljuk egymást. Nagyon szépen köszönöm mindezt Nektek: *Garas Péter, Győri Dóra, Horváth Lili Olga* (külön köszönöm a doktori anyag összeállításában a segítséget), *Mészáros Gergely, Miklós Martina, Pump Luca, Roszik-Volovik Xénia, Szentiváyi Dóra, Tárnokiné Törő Krisztina, Velő Szabina*.

Köszönöm *Kurgyis Józsefnek*, hogy nagyon sok éven át az ELTE-n úgy dolgoztunk együtt, ahogy tettük és ez az értekezés sem készült volna el nélküle.

Köszönöm *Halász Józsefnek* és *Miklósi Mónikának* a sok szakmai együtt gondolkodást.

A SEYLE vizsgálatban való sok-sok közös munkánkat köszönöm *Bálint Máriának* és *Farkas Lucának*, valamint az előbb már más minőségükben kiemelt kollégáknak.

Köszönöm az *ELTE, Pszichológia Intézetben, szűkebb, Tanszéki és tágabb, Intézeti kollégáimnak*, hogy már itt is igazán otthon érzem magam.

És köszönöm a *Vadaskertnek - kollegáknak és betegeknek* -, hogy lassan 30 éve, medikus koromtól folyamatosan, sok-sok életszakaszomon át egy biztos és nagyon fontos hely az életemben, ahol sokat tanulok pszichés betegségekről, alázatról a betegeim, a szakmám iránt, kollegiális együttműködést.

A Vadaskertben „hobbiból” kutatunk is, köszönöm ezt *Barna Csillának, Galasi Zsófiának, Kollárovcics Nórnak, Lévai Petrának és Simon Zsófia Eszternek*.

Köszönöm *Gádoros Júliának*, akit örök főnökömnek tekintek, hogy 30 éve, amikor megkerestem a Vadaskert elődjében, az Újpesti kórházban – amikor az anatómia és biofizika tanulás mellett arra vágytam, hogy betegek között legyek és segítsek nekik - akkor bevezetett a betegellátásba, szemléletet adott, hogyan foglalkozzák a gyerekekkel és bevezetett a tudományba is, mindezt lelkesedésből, tiszta érdeklődésből művelve, ezzel nekem példát mutatva egy életre... Köszönöm azt is, hogy a következő sok-sok évben irányt mutatott nekem, de mindvégig szabadon hagyott dolgozni.

Köszönöm jelenlegi főnökömnek, *Demetrovics Zsoltnak*, hogy elhívott az ELTE-re dolgozni, ahol kutató és oktató munkámat egy „nagyon nekem való” egyetemi közegben folytathatom.

Köszönöm *Rihmer Zoltánnak*, hogy a szuicidológiába példamutató szakmai irányt és sok segítséget nyújtott nekem.

Nagyon fontosak szakmai életemben nemzetközi együttműködéseim, szeretnék ezeknek a kollégáimnak is köszönetet mondani.

I would like to say thank to *Rene Kahn and his research group*, where I spent one year with MRI research and I could experience, how a world famous, professional research group works, which knowledge I try to use nowadays in my research group.

I'm very grateful to *Franco Benazzi* for our common work, useful suggestions, unfortunately he is not with us anymore.

I would like to say thank to *Danuta Wasserman and Christina Hoven* and to *the whole international SEYLE team* for the fruitful and enjoyable collaboration.

Amennyiben egy kutatásom *pályázati támogatásban* részesült, azokat az egyes vizsgálatok bemutatásánál ismertetem. Ezeken túlmenően a Magyar Tudományos Akadémia *Bolyai János Kutatási Ösztöndíja* a 2015-2018 időszakra biztosított számomra anyagi támogatást. Köszönöm!

Budapest, 2018. augusztus 22.

Balázs Judit

**AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁHOZ KAPCSOLÓDÓ, A DISSZERTÁCIÓBAN  
KÖZVETLENÜL FELHASZNÁLT, A PhD VÉDÉS UTÁN MEGJELENT  
SAJÁT KÖZLEMÉNYEK JEGYZÉKE**

- Balázs, J., Bíró, A., Dálnoki, D., Lefkovics, E., Tamás, Z., Nagy, P., Gádoros, J. (2004).  
A Gyermekek M.I.N.I. kérdőív magyar nyelvű változatának ismertetése.  
*Psychiatria Hungarica*, 19, 358-364.
- Balázs, J., Gádoros, J. (2005). Komorbiditás a gyermekpszichiátriában: Valóban olyan  
gyakori a mániás epizód - ADHD együttes jelentkezése? *Psychiatria Hungarica*,  
20, 293-298.
- Balázs, J., Benazzi, F., Rihmer, Z., Rihmer, A., Akiskal, K.K., Akiskal, H.S. (2006).  
The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression:  
implications for suicide prevention. *Journal of Affective Disorders*, 91, 133-138.
- Balázs, J. (2007). A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar: tünetek, diagnózis és  
kezelés. *Gyermekegyógyászat*, 6, 314-318.
- Balázs, J. (2009). Mániás és depressziós kevert állapotok: tünettann, szuicid rizikó és  
farmakoterápia. *Psychiatria Hungarica*, 24S, 12-19.
- Balázs, J., Kapornai, K. (2012). Öngyilkosság gyermek- és serdülőkorban. In: Az  
öngyilkosság orvosi szemmel. Szerk: Kalmár, S., Németh, A., Rihmer, Z.  
Budapest: *Medicina*, 124-136 old.
- Balázs, J., Rihmer, Z. (2012). Suicide and Bipolar disorder. In: Suicide from a Global  
Perspective: Psychiatric Approaches. Szerk: Shrivastava, A., Kimbrell, M.,  
Lester, D. New Jersey: *Nova Science Publishers*, 165-178 old.
- Balázs, J. (2013). Fiatalkori öngyilkosság: kockázati tényezők és megelőzési  
lehetőségek. *Gyermekegyógyászati Továbbképző Szemle*, 18, 172-174.
- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, A., Hoven, C.W., Carli, V., Wasserman, C., Apter,  
A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess,  
M., Kahn, J.P., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., Saiz, P.A.,  
Sisask, M., Snir, A., Tubiana, A., Varnik, A., Sarchiapone, M., Wasserman, D.  
(2013a). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology,  
functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology  
and Psychiatry*, 54, 670-677.
- Balázs, J., Keresztény, A., Pelbat, G., Sinka, L., Szilvas, F., Torzsa, T. (2013b). Online  
media report on a Hungarian double suicide case: comparison of consecutively  
published articles. *Psychiatria Danubina*, 25, 248-254.



- Balázs, J., Keresztény, A. (2014). Subthreshold attention deficit hyperactivity in children and adolescents: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 393-408.
- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, A., Dallos, G., Gádoros, J. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder and suicidality in a treatment naïve sample of children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 282-287.
- Balázs, J. (2015a). Öngyilkos magatartás zavara és nem-szuicidális önsértés. In: *Gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve*. Szerk: Balázs, J., Miklósi, M. Budapest: *Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió*, 185-190 old.
- Balázs, J. (2015b). Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar/Hiperkinetikus zavar. In: *Gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve*. Szerk: Balázs, J., Miklósi, M. Budapest: *Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió*, 69-76 old.
- Balázs, J. (2015c). Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar: Miért és hogyan ismerjük fel, és milyen kezelési lehetőségei vannak? *Gyermekeorvosi Továbbképzés*, 14, 2-5.
- Balázs, J., Keresztény Á. (2015). Klasszifikációs rendszerek. In: *Gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve*. Szerk: Balázs, J., Miklósi, M. Budapest: *Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió*, 22-26 old.
- Balázs, J., Miklósi, M., Tarnokine, Toro K., Nagy-Varga D. (2016). Reading Disability and Quality of Life Based on Both Self- and Parent-Reports: Importance of Gender Differences. *Frontiers Psychology*, 15, 1942.
- Balázs, J., Keresztény, Á. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder and suicide: A systematic review. *World Journal of Psychiatry*, 22, 44-59.
- Balázs, J., Ferenci- Dallos, G., Keresztény, A., Nagy, P., Tárnok, Zs., Bitter, I., Balogh, L. (2017). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismezéséről, kezeléséről és gondozásáról gyermek, serdülő és felnőttkorban. *Egészségügyi közlöny*, 3, 1027-1052.
- Balázs, J. (2017). Serdülőkori mentális egészségfejlesztő program a középiskolákban: A YAM program bemutatása. *Gyermekegyógyászat*, 68, 352-357.
- Balázs, J., Győri, D., Horváth, L.O., Mészáros, G., Szentiványi, D. (2018a). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Nonsuicidal Self-Injury in a Clinical Sample of Adolescents: The Role of Comorbidities and Gender. *BMC Psychiatry*, 6;18, 34.

- Balázs, J., Miklósi, M., Halász, J., Horváth, L.O., Mészáros, G., Szentiványi, D., Vida, P. (2018b). Suicidality, Psychopathology and Quality of Life in a Clinical Population of Adolescents. *Frontiers Psychiatry*, 9, 17.
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C.W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Resch, F., Apter, A., Balázs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosman, D., Haring, C., Iosuec, M., Kahn, J-P., Keeley, H., Mészáros, G., Nemes, B., Podlogar, T., Postuvan, V., Saiz, P.A., Sisask, M., Tubiana, A., Varnik, A., Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 337-348.
- Dallos, G., Keresztény, Á., Miklósi, M., Gádoros, G., Balázs, J. (2014). Why are Children and Adolescents Referred for Psychiatric Assessment without Fulfilling Diagnostic Criteria for any Psychiatric Disorder? *Child and Adolescent Mental Health*, 19, 199-207.
- Dallos, G., Miklósi, M., Keresztény, Á., Velő, Sz., Szentiványi, D., Gádoros, G., Balázs, J. (2017). Self- and Parent-Rated Quality of Life of a Treatment Naïve Sample of Children With ADHD: The Impact of Age, Gender, Type of ADHD, and Comorbid Psychiatric Conditions According to Both a Categorical and a Dimensional Approach. *Journal of Attention Disorders*, 21, 721-730.
- Horváth, L., Mészáros, G., Balázs, J. (2015). Serdülőkori nem-szuicidális önsértés: aktuális kérdések. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 17, 14-22.
- Keresztény, A., Dallos, G., Miklósi, M., Róka, A., Gádoros, J., Balázs, J. (2012). A gyermek- és serdülőkori figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar komorbiditásainak összehasonlítása. *Psychiatria Hungarica*, 27, 165-73.
- Kis, D.S., Miklós, M., Fűzi, A., Farkas, M., Balázs, J. (2017). A Fészek: A Vadaskert Kórház és Szakambulancián működő kognitív-, viselkedésterápián alapuló program bemutatása”. *Psychiatria Hungarica* 32, 423-428.
- Mészáros, G., Horváth, L.O., Balázs, J. (2017a). Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 17, 160.
- Mészáros, G., Horváth, L.O., Balázs, J. (2017b). „Akkor legalább a fájdalmat érzem...” Önsértés kamaszkorban. *Mindennapi Pszichológia*, 1, 58-60.
- Szentiványi, D., Halász, J., Horváth, L.O., Mészáros, G., Miklós, M., Miklósi, M., Velő, Sz., Vida, P., Balázs, J. (2017). Externalizáló zavarok tüneteit mutató

gyermekek életminősége a gyermek saját szemszögéből és a gondviselője megítélése szerint. *Psychiatra Hungarica*, 32, 332-339.

Velő, S., Keresztény, Á., Szentiványi, D., Balázs, J. (2013). Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar diagnózisú gyermekek és felnőttek életminősége: az elmúlt öt év vizsgálatainak szisztematikus áttekintő tanulmánya. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 15, 73-82.

Velő, S., Keresztény, Á., Miklosi, M., Dallos, G., Szentivanyi, D., Gadoros, J., Balázs, J. (2014). „Frissen” diagnosztizált, kezelést még nem kapó figyelemhiányos-hiperaktivitás zavarú gyermekek és serdülők életminősége. *Psychiatra Hungarica*, 29, 410-417.

Wasserman, C., Hoven, C., Wasserman, D., Carli, V., Al-Halabi, S., Apter, A., Bobes, J., Balázs, J., Cosman, D., Farkas, L., Feldman, D., Fischer, G., Graber, N., Haring, C., Herta, D., Iosue, M., Kahn, JP., Keeley, H., Klug, K., McCarthy, J., Varnik, A., Varnik, P., Tubiana, A., Ziberna, J., Sarchiapone, M., Postuvan, V. (2012). Suicide prevention for youth - a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, 12, 776.

Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balázs, J., Bobes, J., Bracale, R., Brunner, R., Bursztein-Lipsicas, C., Corcoran, P., Cosman, D., Durkee, T., Feldman, D., Gadoros, J., Guillemín, F., Haring, C., Kahn, JP., Kaess, M., Keeley, H., Marusic, D., Nemes, B., Postuvan, V., Reiter-Theil, S., Resch, F., Saiz, P., Sarchiapone, M., Sisask, M., Varnik, A., Hoven, CW. (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 13, 192.

Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balázs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemín, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Musa, G. J., Nemes, B., Postuvan, V., Saiz, P., Reiter-Theil, S., Varnik, A., Varnik, P., Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 385, 1536-1544.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balázs, J., Purebl, G., Kahn, J.P., Sáiz, P.A., Lipsicas, C.B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3, 646-659.

## RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE<sup>1</sup>

|                     |  |
|---------------------|--|
| 5-HTT:              | szerotonintranszporter   |
| ACDS:               | Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale   |
| ADD:                | figyelemhiányos zavar (attention deficit disorder)   |
| ADHD:               | figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (attention-deficit / hyperactivity disorder)  |
| ADHD-C:             | ADHD kombinált megjelenési forma (ADHD combined type)  |
| ADHD-HKS:           | figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar – hiperaktivitás szindróma (attention-deficit/hyperactivity disorder - hyperkinetic syndrome) |
| ADHD-I:             | ADHD túlnyomórészt figyelemhiányos megjelenési forma (ADHD inattentive type)   |
| ADHD pontozó skála: | Adult ADD/ADHD DSM-IV-Based Diagnostic Screening and Rating Scale  |
| AFSP:               | American Foundation for Suicide Prevention   |
| A-LIFE:             | Longitudinal Interval Follow-up Evaluation for Adolescents   |
| APD:                | antiszociális személyiségzavar (antisocial personality disorder)   |
| ASRS:               | Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Szűrőteszt (Adult Self-Report Scale)   |
| AUC:                | görbe alatti terület (area under curve)  |
| <i>b</i> :          | regressziós együttható (nem standardizált)   |
| BCa 95% CI:         | korrigált 95%-os bootstrap megbízhatósági tartomány (confidence interval)  |
| BDI:                | Beck Depresszió Kérdőív (Beck Depression Inventory)  |
| BDI-II:             | Beck Depresszió Kérdőív-II (Beck Depression Inventory II)  |

<sup>1</sup> A bevezetett magyar fordítással nem rendelkező kifejezések eredeti nyelven szerepelnek a jegyzékben.

|           |   |
|-----------|---|
| BL:       | kiindulás (baseline)  |
| BNO 10.:  | Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. Kiadás   |
| BootLLCI: | bootstrap konfidencia intervallum alsó értéke (bootstrapping lower limit confidence interval)   |
| BootULCI: | bootstrap konfidencia intervallum felső értéke (bootstrapping upper limit confidence interval)  |
| BP I:     | bipoláris I-es zavar  |
| BP II:    | bipoláris II-es zavar   |
| BPD:      | borderline személyiségzavar (borderline personality disorder)   |
| BSI:      | Rövid Tünet Skála (Brief Symptom Inventory)   |
| BSRS-5:   | Rövid Pszichiátriai Becslőskála (Brief Symptoms Rating Scale)   |
| CAADID:   | Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV   |
| CAARS:    | Conners-féle felnőtt ADHD pontozó skála (Conners' Adult ADHD Rating Scale)  |
| CAMHEE:   | Gyermekek és serdülők mentális egészsége a kibővített Európai Unióban (Child and Adolescent Mental Health in Enlarged European Union) |
| CBT:      | kognitív viselkedésterápia (cognitive-behavioural therapy)  |
| CBCL:     | Gyermekviselkedési Kérdőív (Child Behavior Checklist)   |
| CBCL-PRF: | Gyermekviselkedési Kérdőív – Szülői Változat (Child Behavior Checklist – Parent Rating Form)  |
| CBCL-TRF: | Gyermekviselkedési Kérdőív- Tanári Változat (Child Behavior Checklist – Teacher Rating Form)  |
| C-BDI-II: | Beck Depresszió Kérdőív-II kínai változata (Chinese Version of Beck Depression Inventory II)  |
| CD:       | viselkedési zavar (conduct disorder)  |
| CDI:      | Gyermek Depresszió Kérdőív (Children's Depression Inventory)  |

|             |  |
|-------------|--|
| CES-D:      | Center for Epidemiological Studies Depression Scale  |
| CES-DC:     | Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children   |
| CGI:        | Children Global Assessment   |
| CI:         | megbízhatósági tartomány (confidence interval)   |
| CIDI:       | Composite International Diagnostic Interview   |
| CSS:        | Current Symptoms Scale–Self-Report Form  |
| DAT1:       | dopamintranszporter  |
| DBH:        | dopamin béta-hydroxiláz  |
| df:         | szabadságfok   |
| DICA:       | Diagnostic Interview for Children and Adolescents  |
| DICA-R:     | Diagnostic Interview for Children and Adolescents Revised  |
| DICA-IV:    | Diagnostic Interview for Children and Adolescent IV  |
| DIS-IV:     | Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV   |
| DISC-I:     | Diagnostic Interview Schedule for Children I   |
| DISC-IV:    | Diagnostic Interview Schedule for Children IV  |
| DISC-IV–YA: | Diagnostic Interview Schedule for Children 4th ed., Young Adult version  |
| DIVA:       | Diagnosztikus Interjú a Felnőttkori ADHD Felmérésére (Diagnostic Interview for ADHD in Adults)   |
| DRD4:       | dopaminreceptor 4  |
| DRD5:       | dopaminreceptor 5  |
| DSH:        | szándékos önsértés (deliberate self-harm)  |
| DSHI:       | Szándékos Önsértés Kérdőív (Deliberate Self-Harm Inventory)  |
| DSM-III-R:  | Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve Revideált III. Kiadása (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Edition Revised) |

|               |  |
|---------------|--|
| DSM-IV:       | Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve IV. Kiadása (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition)                        |
| DSM-IV-TR:    | Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve Revideált IV. Kiadása (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision) |
| DSM-5:        | Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve 5. Kiadása (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition)                            |
| DSP:          | szándékos önmérgezés (deliberate self-poisoning)   |
| EAAD:         | Európai Szövetség a Depresszió Ellen (European Alliance Against Depression)  |
| EDR:          | elektrodermális válasz (electrodermal responding)  |
| ENHPS:        | Egészségfejlesztő Iskolák Európai Hálózata (European Network of Health Promoting Schools)  |
| EuroADAD:     | Serdülőkori Problémák Európai Értékelő Interjúja (European Version of the Adolescent Assessment Dialogue)  |
| ETT TUKEB:    | Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi és Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága   |
| FDA:          | Élelmiszer- és Gyógyszerellenőrzési Hatóság (Food and Drug Administration)   |
| FU:           | utánkövetés (follow-up)  |
| GAD:          | Generalizált szorongásos zavar (Generalized Anxiety Disorder)  |
| GBG:          | Good Behaviour Game  |
| GLMM:         | Általánosított lineáris kevert modell (Generalized linear mixed model)   |
| Gyermek MINI: | Gyermek Mini International Neuropsychiatric Interview  |
| HBSC:         | Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Children)   |
| HDSQ:         | Hopelessness Depression Symptom Questionnaire  |

|              |  |
|--------------|--|
| HRQoL:       | egészséggel összefüggő életminőség (health-related quality of life)  |
| HTR1B:       | szerootoninreceptor  |
| IASP:        | Nemzetközi Öngyilkosság-megelőzési Társaság<br>(International Association for Suicide Prevention)  |
| IED:         | intermittáló explozív személyiségzavar (intermittent explosive disorder)   |
| ILK:         | Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen   |
| IMHPA:       | Implementing Mental Health into Policy Action  |
| ISSS:        | International Society for the Study of Self-injury   |
| K-ARS:       | Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála koreai változata (Korean version of the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scale) |
| K-CIDI:      | Composite International Diagnostic Interview koreai változata (Korean version of Composite International Diagnostic Interview)                   |
| Kinder-DIPS: | Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter  |
| K-SADS:      | Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children  |
| K-SADS-E:    | Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children (Epidemiologic Version)  |
| K-SADS-E-IV: | Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children (Epidemiologic Version) assessing DSM- IV disorders                    |
| K-SADS-PL:   | Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children- Present and Lifetime Version  |
| M:           | átlag (mean)   |
| MAO:         | monoamin-oxidáz  |
| M-CIDI:      | Münich Composite International Diagnostic Interview  |



|              |  |
|--------------|--|
| MDD:         | major depresszív zavar (major depressive disorder)   |
| MDE:         | major depressziós epizód (major depressive episode)  |
| MDI:         | Major Depression Inventory   |
| MINDFUL:     | Mental Health Information and Determinants for the European Level  |
| MINI:        | Mini International Neuropsychiatric Interview  |
| MINI-KID:    | Mini International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents   |
| MONSUE:      | Monitoring of Suicidal Behaviour in Europe   |
| NICE:        | National Institute for Health and Care Excellence  |
| NSSI:        | nem-szuicidális önsértés (nonsuicidal self-injury)   |
| OCD:         | kényszeres zavar (obsessive-compulsive disorder)   |
| ODD:         | oppozíciós zavar (oppositional defiant disorder)   |
| OR:          | esélyhányados (odds ratio)   |
| OSPI Europe: | Optimalizált öngyilkosság megelőzési intervenció (Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe) |
| PHQ-A:       | Patient Health Questionnaire-Adolescent  |
| ProMenPol:   | Promoting and Protecting Mental Health – Supporting Policy through Integration of Research, Current Approaches and Practices |
| PBS:         | Pediatric Behavior Scale   |
| PEP:         | pre-ejekciós periódus (pre-ejection period)  |
| ProfScreen:  | „Szakemberek szűrnek” program  |
| PSS:         | Paykel Öngyilkosság Kérdőív (Paykel Suicide Scale)   |
| PSTA:        | Psychological Screening Test for Adolescents   |
| PTSD:        | poszttraumás stressz zavar (posttraumatic stress disorder)   |

|             |   |
|-------------|---|
| QPR:        | Kérdez, Meggyőz, Irányít (Question-Persuade-Refer) program  |
| ROC:        | receiver operating characteristic   |
| RSA:        | respirotarikus szinusz aritmia (respiratory sinus arrhythmia)   |
| Rutter B2:  | Rutter's Behaviour Scale for Children (Teacher's Scale)   |
| SA:         | öngyilkossági kísérlet (suicide attempt)  |
| SAS:        | Zung Önkitöltő Szorongás Kérdőív (Zung Self-Rating Anxiety Scale)   |
| SD:         | Standard szóródási mutató (Standard deviáció)   |
| SDQ:        | Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strengths and Difficulties Questionnaire)   |
| SCID:       | Strukturált Klinikai Interjú (Structured Clinical Interview for DSM-IV)   |
| SCID-I:     | Strukturált Klinikai Interjú a DSM-IV I. tengely zavarainak felmérésére (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders)   |
| SCID-I-CV:  | Strukturált klinikai interjú a DSM-IV II. tengely zavarainak felmérésére, klinikai változat (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version)                    |
| SCID-II:    | Strukturált Klinikai Interjú a DSM-IV II. tengelyén található személyiségzavarok felmérésére (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders)                                     |
| SCID-IV-NP: | Strukturált Klinikai Interjú a DSM-IV I. tengely zavarainak felmérésére, kutatási változat (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition) |
| SE:         | standard hiba (standard error)  |
| SES:        | szocioökonómiai státusz (socioeconomic status)  |
| SEYLE:      | Fiatalok életének megmentése és szerepvállalásuk/önállóságuk növelése Európában (Saving and Empowering Young Lives in Europe)   |
| SIB:        | önsértő viselkedés (self-injurious behaviour)   |

|            |  |
|------------|--|
| SII:       | saját magának okozott sérülés (self-inflicted injury)              |
| SITBI:     | Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview                    |
| SIQ:       | Self-Injury Questionnaire  |
| SNAP-IV:   | Swanson, Nolan and Pelham Rating Scale                             |
| SOS:       | Signs of Suicide   |
| Spec:      | specifikus fóbia   |
| SSAGA:     | Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism          |
| SWAN:      | Strengths and Weaknesses of ADHD Symptoms and Normal Behaviors     |
| Szep:      | szeparációs szorongásos zavar                                      |
| Szoc:      | szociális szorongásos zavar  |
| T:         | vizsgálati időpont longitudinális vizsgálatoknál                   |
| ún.:       | úgynevezett  |
| $\chi^2$ : | Khi négyzet próba  |
| YAM:       | Youth Aware of Mental Health Programme                             |
| VADPRS:    | Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale                     |
| WHO:       | Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization)            |
| WBI-5:     | WHO Jólét Kérdőív rövidített változata (WHO-Five Well Being Index) |

## TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

|              |  |
|--------------|--|
| 1. táblázat  | Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények.  |
| 2. táblázat  | Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják.   |
| 3. táblázat  | Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a serdülőkori küszöb alatti depressziós zavart vizsgálják.  |
| 4. táblázat  | Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a gyermek-, és a serdülőkori küszöb alatti ADHD-t vizsgálják.   |
| 5. táblázat  | Az öngyilkosságot megkísérelt személyeknél az egyes pszichiátriai zavarok előfordulási gyakorisága az öngyilkossági kísérlet elkövetésének idejében (N=100).                   |
| 6. táblázat  | A depressziós nem-kevert epizódú és a depressziós kevert epizódú, öngyilkossági kísérletet elkövető személyek összehasonlítása öngyilkos magatartás tekintetében.              |
| 7. táblázat  | A depressziós nem-kevert epizódú és a depressziós kevert epizódú, öngyilkossági kísérletet elkövető személyek összehasonlítása komorbid pszichiátriai zavarok tekintetében.    |
| 8. táblázat  | A depressziós nem-kevert epizódú és a depressziós kevert epizódú, öngyilkossági kísérletet elkövető személyek összehasonlítása "intradepresszív" hipomán tünetek tekintetében. |
| 9. táblázat  | A két vizsgálati csoportnál a Gyermek MINI szerint fennálló diagnózisok.   |
| 10. táblázat | A többszörös mediátor elemzés: Az ADHD tünetei és az öngyilkos magatartás kapcsolatának és a komorbid kórképek tüneteinek vizsgálata a két vizsgálati csoportban.              |
| 11. táblázat | Az ADHD és NSSI együttes előfordulása melletti komorbid zavarok előfordulási gyakorisága (n=35).   |
| 12. táblázat | Az ADHD tüneteinek (független változó) hatása a vizsgált komorbid mentális zavarok (mediáló tényezők) tüneteinek a megjelenésére.  |

|                      |   |
|----------------------|---|
| 13.a. és b. táblázat | Az ADHD tüneteinek és a komorbid zavarok tüneteinek a hatása az NSSI prevalenciájára (b).   |
| 14. táblázat         | Az ADHD tüneteinek a komorbid mentális zavarokon (mediáló tényezők) keresztüli indirect/mediált hatása az NSSI előfordulására.  |
| 15. táblázat         | Az ADHD és NSSI közötti moderált mediált / indirekt hatás nemenként.  |
| 16. táblázat         | A vizsgálati csoportban (n=134) a Gyermekek MINI által diagnosztizált pszichiátriai zavarok előfordulási gyakorisága.   |
| 17. táblázat         | Leíró adatok és a vizsgálatban szereplő változók reliabilitás-mutatói, valamint interkorrelációi.   |
| 18. táblázat         | A többszörös regresszió-elemzés eredménye az ILK önbeszámolóval, mint független változóval.   |
| 19. táblázat         | Logisztikus modell az öngyilkos magatartás Gyermekek MINI szerinti mértékével (0=nem/alacsony, 1= közepes/magas), mint függő változóval.  |
| 20. táblázat         | Nemi megoszlás a nem-szorongó/nem-depressziós, a küszöb alatti szorongó/depressziós és a szorongó/depressziós csoportok között (N=12395).   |
| 21. táblázat         | A szorongás és a depresszió szintjeinek megoszlása (N=12395).   |
| 22. táblázat         | Az SDQ Összesített probléma alskála határeseti és rendellenes övezetbe eső pontszámainak az előfordulási gyakorisága a teljes mintán, valamint a nem-szorongó/nem-depressziós, a küszöb alatti szorongó/depressziós és a klinikai szintű szorongó/depressziós csoportokban (N=12395). |
| 23. táblázat         | A PPS egyes tételeiben pozitív választ adók előfordulási gyakorisága a teljes mintán, valamint a nem-szorongó/nem-depressziós, a küszöb alatti szorongó/depressziós és a klinikai szintű szorongó/depressziós csoportokban (N=12395).   |
| 24. táblázat         | Az öngyilkossági kísérletek incidenciája 3 és 12 hónapos utánkövetésnél.  |
| 25. táblázat         | A súlyos öngyilkossági gondolatok incidenciája 3 és 12 hónapos utánkövetésnél.  |

## ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra      Mediátor modell: Az ADHD tünetei és az NSSI közötti direkt hatás (c), és az ADHD és az NSSI közötti indirekt/mediált hatás (mediátor változókon keresztüli hatás) ( $a*b$ ) bemutatása.
  
2. ábra      Moderált mediátor modell. Az ADHD tünetei és az NSSI közötti direkt hatás (c), az ADHD és NSSI közötti indirekt hatás ( $a*b$ ), és a nem moderáló hatásának bemutatása.
  
3. ábra      Moderált mediátor modell. A pszichopatológia és az öngyilkosság magatartás közötti direkt hatás, és az életminőség mediátor szerepe a pszichopatológia és az öngyilkosság magatartás kapcsolatában (indirekt hatás), valamint a nem és a kor moderáló hatásának bemutatása.
  
4. ábra.      A SEYLE vizsgálat menete.
  
5. ábra      A YAM program menete.
  
6. ábra      A hipomániás tünetek előfordulási gyakorisága major depressziós epizód, illetve a disztímiás zavar fennállása közben.
  
- 7.a ábra      A komorbid pszichiátriai zavarok tünetei mint mediátorok, az ADHD tünetei és a jelenlegi öngyilkos magatartás kapcsolatában gyermekeknél ( $n=220$ ).
  
- 7.b ábra      A komorbid pszichiátriai zavarok tünetei mint mediátorok, az ADHD tünetei és a jelenlegi öngyilkos magatartás kapcsolatában serdülőknél ( $n=198$ ).
  
8. ábra      Küszöb alatti szorongás és klinikai szintű szorongás mellett a funkciókárosodás esélye ahhoz képest, amikor nem áll fenn szorongás.
  
9. ábra      A küszöb alatti depresszió és a klinikai szintű depresszió mellett a funkciókárosodás esélye ahhoz képest, amikor nem áll fenn depresszió.
  
10. ábra      Küszöb alatti szorongás és klinikai szintű szorongás mellett az öngyilkos magatartás esélye ahhoz képest, amikor nem áll fenn szorongás.
  
11. ábra      Küszöb alatti depresszió és klinikai szintű depresszió mellett az öngyilkos magatartás esélye ahhoz képest, amikor nem áll fenn depresszió.

**MELLÉKLETEK JEGYZÉKE**

- |               |  |
|---------------|--|
| 1. melléklet  | A MINI kérdőív major depressziós epizódra vonatkozó módosított kérdéssora.                             |
| 2. melléklet  | A MINI kérdőív hipo/mániás epizódra vonatkozó módosított kérdéssora.                                   |
| 3. melléklet. | Demográfiai adatlap.   |
| 4.a melléklet | A YAM programra kidolgozott hazai prospektus fedőlapja.  |
| 4.b melléklet | A YAM programra kidolgozott hazai prospektus „Segítség egy gondban levő barátnak” része.               |
| 4.c melléklet | A YAM programra kidolgozott hazai prospektus „Segítség egy gondban levő barátnak” részének folytatása. |
| 5.a melléklet | A YAM programra kidolgozott hat poszterből a „Depresszió és öngyilkossági gondolatok” témájú.          |
| 5.b melléklet | A YAM programra kidolgozott hat poszterből a „Segítség egy gondban levő barátnak” témájú.              |
| 5.c melléklet | A YAM programra kidolgozott szerepjátékokra példa.   |

## 1. ELŐSZÓ: AZ ÉRTEKEZÉS ELMÉLETI ÉS FORMAI MEGFONTOLÁSA

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization: WHO) definíciója szerint az öngyilkosság az a cselekedet, amikor valaki, teljesen tudatában tettének végzetes és megfordíthatatlan kimenetelével, saját akaratából véget vet az életének (WHO, 2018). A pszichológiában és a pszichiátriában dolgozva az öngyilkos magatartás a legnagyobb kockázatú állapot, amit egy szakembernek kezelnie kell. Az öngyilkosság az egész világon jelentős népegészségügyi problémát jelent (Hawton és van Heeringen, 2002).

Az öngyilkosság egy multifaktorális esemény, melynek számos rizikó- és védőfaktorát már jól ismerjük (Balázs, 2015a), azonban a mai napig nem tudjuk előre pontosan meghatározni, hogy ki fog öngyilkosság miatt meghalni. Bár ahogy az értekezésem „Bevezető” fejezetében részletesen ismertetem, mostani tudásunk szerint - mely korábbi kutatási eredményeken és klinikai tapasztalatokon alapul - számos faktor alapján már „elég jól” - de nem tökéletesen! - meg tudjuk határozni, ki fokozott rizikójú; pl. középkorú, elvált, bipoláris zavarban szenvedő férfi, aki a folyamatos kezelést nem fogadja el, akinek a nagybátyja öngyilkosságban halt meg és már neki is volt korábbi öngyilkossági kísérlete, fél éve elvesztette a munkáját és most depressziós. Ezért fontos minden további kutatás, ami kicsit is tud tenni annak érdekében, hogy az öngyilkosság primer, szekunder és terciér prevenciója nagyobb hatékonysággal működjön.

Már a PhD munkám alatt is foglalkoztatott és azóta is kutatásaim jelentős része arra irányul, hogy az öngyilkosságnak – a mentális jóllét / a pszichés zavarok - hatáskörébe eső rizikófaktorait minél jobban megismerjük. Az öngyilkosság témájának feldolgozásakor annak szociológiai vonatkozásai is igen fontosak, de ezen terület kutatásához nálam jobban értenek a szociológus, szociálpszichológus és szociálpszichiáter kollegák (jelentős magyar nyelvű összefoglaló: Buda és Füredi, 1986), így a téma ezen aspektusára nem terjednek ki kutatásaim, ezért értekezésem se részletezi ezeket.

A rizikófaktorok további feltérképezése során nyert új ismeretek segíthetnek abban, hogy hatékonyabb prevenciós és kezelési módszereket dolgozzunk ki, ezek által csökkenteni tudjuk az öngyilkossági kísérletek és az öngyilkosság miatti halálesetek számát. Értekezésem a PhD cím megvédése óta ezen cél érdekében, végzett munkáimat



mutatja be. Kutatásaim az utóbbi időben a fiatalok felé fordultak, így ezen korosztályra nagyobb hangsúly kerül az értekezésben.

Az értekezés „Bevezető” fejezete tartalmazza az öngyilkosság terminológiájának tisztázását, mely a téma megértéséhez szükséges, majd epidemiológiai adatokkal szemléltetem, mekkora probléma világszerte és hazánkban az öngyilkosság. A „Bevezető”-nek egy következő alfejezetében röviden bemutatom az eddig már megismert számos öngyilkossági rizikófaktort. Ezután a „Bevezető”-ben az öngyilkossági rizikófaktorok feltérképezése során talált azon további kutatási területek elméleti hátterét mutatom be, melyekre az értekezésben ismertetett vizsgálataink épülnek (depressziós kevert epizód, figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder: ADHD), nem-szuicidális önsértés (non-suicidal self-injury: NSSI), pszichiátriai zavarok kategoriális-dimenzionális szemlélete, küszöb alatti zavarok, életminőség). A „Bevezető”-t az öngyilkosság eddig ismert védőfaktorainak és számos prevenció program bemutatásával zárom.

A „Bevezető”-ben ismertetett témákat az elmúlt években több összefoglaló közleményben, tankönyv fejezetben, szakkönyv fejezetben és irányelvben áttekintettük/áttekintettem, így ezek képezik ezen fejezet gerincét (Balázs, 2007; Balázs, 2009; Balázs és Kapornai, 2012; Balázs és Rihmer, 2012; Balázs, 2013; Balázs, 2015a; Balázs, 2015b; Balázs, 2015c; Balázs és Keresztény, 2015; Balázs és Keresztény, 2017; Balázs és mtsai, 2017; Dallos és mtsai, 2014; Dallos és mtsai, 2017; Horváth és mtsai, 2015; Kis és mtsai, 2017; Mészáros és mtsai, 2017a; Mészáros és mtsai, 2017b; Velő és mtsai, 2013; Zalsman és mtsai, 2016), továbbá kutatási adatokat közöltünk, melyek hozzájárulnak a téma ismertetéséhez (Balázs és Gádoros, 2005; Dallos és mtsai, 2017; Balázs és mtsai, 2013b; Keresztény és mtsai, 2012; Balázs és mtsai, 2016; Szentiványi és mtsai, 2017; Velő és mtsai, 2014).

A következő fejezet az értekezésben bemutatásra kerülő kutatások célkitűzéseit foglalja össze. Céлом, mint fentebb említettem: további öngyilkossági rizikófaktorok és megelőzési lehetőségek feltérképezése, úm. 1) depressziós kevert epizód, 2) ADHD, 3) NSSI, 4) küszöb alatti zavarok, 5) életminőség és 6) hatékony prevenció program kidolgozása. A „Célkitűzések” fejezettel abban szeretném segíteni az olvasót, hogy könnyebben követni tudja a továbbiakban ismertetésre kerülő empirikus vizsgálatokat. A „Bevezető” struktúrájától egy lépésben eltérek a „Célkitűzések” fejezetben – és a továbbiakban ezt követem –, ugyanis mint majd a „Módszerek” ismertetésénél le is

írom, a küszöb alatti zavarok vizsgálata és a prevenciós program kidolgozása egy vizsgálat két része, így könnyebben követhető, ha ezek leírása egymás után következik. Ezért a küszöb alatti zavarok és az életminőség témák vizsgálatainak ismertetését felcseréltem a „Bevezető”-höz képest.

Ezután következnek a vizsgálatok bemutatásai, „Módszerek”, „Eredmények” és „Diskusszió” klasszikus bontásban. Az értekezésben bemutatásra kerülő empirikus vizsgálatok négy átfogó hazai (témák: depressziós kevert epizód – öngyilkos magatartás, ADHD – öngyilkos magatartás, ADHD – NSSI, életminőség – öngyilkosság) és egy nemzetközi kutatás két részének (témák: küszöb alatti zavarok – öngyilkos magatartás, öngyilkosság prevenciós program kidolgozása) feldolgozásából kerültek ki. A hazai vizsgálatoknak megtervezője és vezetője voltam, a nemzetközi együttműködéses vizsgálatnál pedig a hazai centrumot vezettem, valamint részt vettem a vizsgálat tervezésében, lebonyolításában, az adatfeldolgozásban és a közlemények írásában.

Miután a PhD fokozat megszerzése után doktori hallgatók kutatási munkáját vezetem, és őket ezekbe a kutatásokba bevontam, az egyes vizsgálatokat ismertető fejezetek elején leírom, hogy a bemutatásra kerülő kutatás melyik doktori hallgatóm munkájával függ össze.

Mivel az értekezésemben ismertetett kutatások eredményeit nemzetközi, lektorált lapokban már publikáltuk, illetve egyik kutatásunkról már egy magyar nyelvű összefoglaló megjelent a hazai tágabb szakmai közönségnek, így az értekezés vizsgálatokat bemutató része ezen közleményekre épül (Balázs és mtsai, 2006; Balázs és mtsai, 2013a; Balázs és mtsai, 2014; Balázs, 2017; Balázs és mtsai, 2018a; Balázs és mtsai, 2018b; Wasserman és mtsai, 2015).

Értekezésem tartalmi részét az „Összefoglalás, új eredmények” fejezettel zárom, amelyben áttekintem, hogy az ismertetett kutatásaim eredményei mennyire feleltek meg kitűzött céljaimnak, azaz, hogy az öngyilkosság rizikófaktorainak pontos megismeréséhez közelebb kerüljünk, és pár újabb lépést tegyünk a hatékonyabb öngyilkosság prevenció érdekében, hisz bármilyen kis előrehaladással további emberéleteket menthetünk.

## 2. BEVEZETŐ

### 2.1. Az öngyilkosság fogalma és klasszifikációja

Bár az öngyilkosság cselekedete ősidők óta benne van az emberiség történetében, az öngyilkosság szó feltehetőleg először a 17. században jelent meg a latin nyelvben: 'sui' (= saját maga ellen irányuló) és 'caedere' (= megölni) (van Heeringen, 2018).

A szakirodalomban ma igen gyakran használt kifejezés az *öngyilkos magatartás*. Azonban nem egységes, hogy mit értenek alatta az egyes szerzők: egyesek ide sorolják a halál vágyát, az öngyilkossági gondolatokat, az öngyilkossági tervet, a megkísérelt öngyilkosságot és a befejezett öngyilkosságot is (Balázs és Kapornai, 2012), míg mások a halál vágyát vagy az öngyilkossági gondolatot vagy az öngyilkosság eltervezését vagy a befejezett öngyilkosságot nem vonják bele az öngyilkos magatartás fogalmába (American Psychiatric Association, 2013; Bertolote és Wasserman, 2009).

A Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) 5., legújabb kiadásában az egyes pszichiátriai zavaroknál szerepel egy külön rész, az „Öngyilkosság rizikója”, amely az adott kórképre nézve írja le az öngyilkosság rizikóját (American Psychiatric Association, 2013). Az öngyilkosság ilyen módon történő beépítése az egyes kórképek leírásába új elem a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve revideált IV. Kiadásához (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision: DSM-IV-TR-hoz) képest (American Psychiatric Association, 2000). Ez igen jelentős változás, mert minden kórképnél felhívja a figyelmet arra, hogy ezt az aspektust is gondolja át a klinikus és a kutató. Mint ahogy később részletesen kifejtem, az öngyilkosság egyik legjelentősebb rizikóját a pszichiátriai zavarok fennállása jelenti, így ha egy pszichiátriai zavar mellett felismerjük a fennálló öngyilkossági rizikót, akkor az öngyilkosság megelőzésének esélye lényegesen megnő. Emellett a DSM-5-ben a „További kutatást igénylő állapotok” fejezetben szerepel önálló kategóriaként az „Öngyilkos Magatartás Zavara”, melynek kritériumaira a klasszifikációs rendszer a következő javaslatot teszi (American Psychiatric Association, 2013):

- A) Az elmúlt 24 hónapban az illető személy megkísérelt öngyilkosságot;
- B) A Nem-Szuicidalis Önsértés kritériumai nem teljesülnek;

- C) A diagnózis nem tartalmazza az öngyilkossági gondolatot és az öngyilkosság eltervezését;
- D) Az öngyilkossági kísérlet nem delírium vagy zavart állapot alatt történt;
- E) Nem politikai vagy vallási céllal történt.

Láthatjuk, hogy ezen (A-C) kritériumok alapján a DSM-5-ben szereplő „öngyilkos magatartás zavara” szűkebb állapotként definiálja azt öngyilkos magatartás fogalmát (Balázs, 2015a).

A klinikusok és a kutatók között is vita tárgya, hogy szükséges-e az öngyilkos magatartást egy külön kórképként megjeleníteni a klasszifikációs rendszerekben (Balázs, 2015a). Ez ellen szóló érv, hogy számos kórképnek lehet „tünete” az öngyilkos magatartás, így a jelenlegi „megoldás” pont fedi a klinikai helyzetet, hisz a szakember jelölni tudja minden kórkép esetében, hogy fennáll-e öngyilkos magatartás. Egyesek azzal érvelnek, hogy pont ez a rendszer irányítja a klinikusok figyelmét bármely kórkép esetén az öngyilkossági rizikó felmérésének fontosságára, hiszen nem tudják „megkerülni” ennek a kritériumnak az értékelését. Ezzel szemben mások az öngyilkos magatartás külön kórképként való bevezetését tartják fontosnak és ezt éppen azzal támaszják alá, hogy így jobban fókuszba kerül a klinikumban az öngyilkos magatartás felismerésének fontossága (American Psychiatric Association, 2013).

## **2.2. Az öngyilkosság epidemiológiai adatai**

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization - WHO) legutóbbi adatai szerint évente kb. 804 ezer ember hal meg a világban öngyilkosság miatt, ami 11,4 öngyilkossági halálozás 100 ezer lakosra nézve (öngyilkossági ráta) (WHO, 2017). Ezt azzal a sokkoló adattal is szemléltetik, hogy a világban minden 40. másodpercben valaki öngyilkosság miatt hal meg (WHO, 2017). Öngyilkosság minden korban és kultúrában előfordul, azonban gyakorisága igen különböző az egyes országokban, sőt még gyakran egy országon belül is (Eurostat, 2017). Mindez összefüggést mutat a gazdasági helyzettel és a kulturális különbségekkel (Turecki és Brent, 2016).

Hazánkban volt a legmagasabb az öngyilkossági ráta 1980 és 1986 között: 44-45 öngyilkossági halálozás esett 100 ezer lakosra, míg ugyanebben az időszakban Ausztriában 25, Hollandiában 10 és Görögországban 3-4/100 ezer volt az öngyilkossági ráta (WHO, 2017). Ez az arány hazánkban igen jelentősen csökkent, a legutóbbi

elérhető adatok szerint 2016-ban 17,9/100 ezer volt, ami 1763 embert jelent, míg 1985-ben 4725-en haltak meg öngyilkosságban (Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2017). A rendszerváltó országok közül csak hazánkban és a volt kelet-német területen csökkent a rendszerváltás után az öngyilkossági ráta, a többi országban nem (WHO, 2017). Pontos okát nem tudjuk ennek a jelentős és tartós csökkenésnek hazánkban, és valószínűleg nem is egy oka van, hanem számos tényezőt feltételezünk, ami hozzájárult a hazai öngyilkossági ráta jelentős csökkenéshez. Mint a „Bevezető”-ben később részletesen leírom, az öngyilkosságnak az egyik legjelentősebb rizikófaktora minden életkorban a kezeletlen depresszió (Cavanagh és mtsai, 2003; Gould és mtsai, 2003; Shaffer és mtsai, 1996). Javult a depresszió felismerése és mind pszichoterápiás, mind gyógyszeres, illetve kombinált kezelése, pl.: a háziorvosoknak rendszeres, intenzív képzést tartottak a pszichiáterek arról, hogy hogyan ismerhetik fel a depresszió jeleit, továbbá a 24 órás segélytelefon szolgálatok száma és a médiumok pszichés zavarokra vonatkozó edukációs tevékenysége is bővült, valamint hazánkban hamar bevezetésre került az új rendszerű pszichiáter szakorvos képzés (Rihmer és Fekete, 2012; Rihmer és Németh, 2014). Továbbá a rendszerváltás után a korszerű antidepresszív szerek hamar elérhetőek lettek hazánkban: Rihmer (1996) írta le először, hogy oki összefüggés lehet a depresszió gyakoribb gyógyszeres kezelése és az 1986 óta fokozatosan csökkenő hazai szuicid ráta között, az adatokat 1995-ig áttekintve: míg a szuicid ráta ezen időszakban 28%-kal csökkent, addig az antidepresszívumok forgalmazása több mint kétszeresére nőtt. Tovább elemezve az adatokat 1984-2006 között a hazai szuicid ráta 47%-kal csökkent, miközben az antidepresszívumok forgalmazása tízszeresére nőtt (Rihmer, 2004; Sebestyén és mtsai, 2010).

*A befejezett öngyilkosság* korosztályok szerinti megoszlásáról elmondható, hogy szinte minden országban az idős korosztályban a legmagasabb az előfordulási gyakorisága, de az elmúlt fél évszázadban összességében a fiatalkori öngyilkosságok száma is nőtt a világban (WHO, 2017). Miután kiemelt szakterületem, és ennek az értekezésnek is fontos témája a fiatalkori öngyilkosság megelőzése, erről a korosztályról kicsit részletesebb epidemiológiai adatokat ismertetek. A fiatal, 5-19 éves korosztálynál az öngyilkosság a közlekedési balesetek után a második leggyakoribb halálok: több fiatal hal meg évente öngyilkosság miatt, mint együttevve számos szomatikus betegségben, így tumoros megbetegedés, szívbetegség, születési károsodás, stroke, pneumonia és influenza miatt összesen (Apter, 2010; WHO, 2017). Európában évente kb. 13 500, míg

a világban kb. 200 000 15-24 éves fiatal hal meg öngyilkosság miatt (WHO, 2017). Hazánkban azonban az idősebb korosztályhoz hasonlóan, a fiatal korosztályban is hosszan csökkenés, majd átmeneti stagnálás után ismét csökkenés volt tapasztalható, azonban ha ezeket az adatokat megnézzük, még így is magas az öngyilkosság miatti halálozás: pl. 2016-ban a 10-19 éves korosztályban 25 (egy komplett középiskolás osztálynak megfelelő létszám), míg a 20-29 éves korosztályban 101 (kb. az ELTE PPK pszichológia mester képzés egy évfolyamnak megfelelő létszám) fiatal halt meg öngyilkosság miatt (Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2017).

A nemek arányát tekintve a befejezett öngyilkosság minden korosztálynál gyakoribb a férfiak között, nyugati kultúrában 2-4:1-hez a férfi-nő arány, míg az ázsiai országokban kiegyenlítettebb az arány, de többségében itt is férfi túlsúllyal (Goodwin és Jamison, 2007; Hawton és van Heeringen, 2009), míg a 2000-res évek előtt Kínában több nő halt meg öngyilkosság miatt, mint férfi (Phillips és mtsai, 2002), és mostanra ez az arány kb 1:1-hez (Li és mtsai, 2012). Az országok zömében megfigyelhető férfi öngyilkossági túlsúlynak több okát is feltételezzük. Egyrészt úgy tűnik, hogy a férfiak drasztikusabb eszközöket használnak, mint a nők, pl. akasztás, ugrás, amikor gyakorlatilag nincs esély a megmentésre (Goodwin és Jamison, 2007). Másrészt a férfiak között magasabb az alkohol abúzus és dependencia előfordulási gyakorisága, mint nőknél, ami szintén fokozza az öngyilkossági rizikót, ahogy a „Bevezető” további részében részletesen kifejtem (Cavanagh és mtsai, 2003; Cherpitel és mtsai, 2004; Conner és Duberstein, 2004; Galaif és mtsai, 2007; Pirkola és mtsai, 2000). Harmadrészt, amiért feltételezzük, hogy a férfiak között magasabb a befejezett öngyilkosságok aránya, mint a nőknél, az az, hogy úgy tűnik, kultúrától függetlenül a férfiak kevésbé kérnek segítséget, ha pszichés gondjuk van, mint a nők (Schrijvers és mtsai, 2012). Mint ahogy értekezésem további részéből kiderül, az öngyilkosság nagyon jelentős rizikófaktorai a pszichés megbetegedések (Cavanagh és mtsai, 2003; Gould és mtsai, 2003). Ha ilyenkor valaki megkapja a hatékony segítséget, jelentősen csökkennek vagy elmúlnak az öngyilkossági gondolatai is. Ezzel az összefüggéssel is magyarázható, hogy bár pl. a nők között közel kétszeres a depresszió előfordulási gyakorisága, mégis a férfiak között magasabb a befejezett öngyilkosságok aránya.

*Az öngyilkossági kísérletek* előfordulási gyakorisága felnőtteknél 10-15-szöröse a befejezett öngyilkosságoknak (Diekstra, 1989), fiataloknál pedig, amennyiben ide soroljuk az öngyilkossági kísérlet mellett a szándékos önsértést is – ami egy tágabb

fogalom, történhet szuicidális és nem szuicidális céllal, jelenleg sok kutatás tárgyát képezi (Horváth és mtsai, 2015) - akár 10-100-szorosa is lehet a befejezett öngyilkosságnak (Shain, 2007; WHO, 2017). Evans és munkatársai (2005) szisztematikus áttekintő tanulmányukban arról számolnak be, hogy a serdülők 9,7%-nál előfordul öngyilkossági kísérlet. Az öngyilkossági kísérletek aránya minden korosztályban kb. tízszeres a nők között, mint a férfiaknál (Diekstra, 1989). Azonban az öngyilkossági kísérletekre vonatkozó statisztikai adatok kevésbé megbízhatóak, mint az öngyilkossági adatok, mivel egy nehezebben azonosítható problémáról van szó.

További figyelemfelkeltő adat, hogy az American Association of Suicidology (2017) jelentése szerint, a felmérésüket megelőző egy év alatt a középiskolás diákok 20%-a komolyan *gondolkozott azon, hogy öngyilkos legyen*. Mortier és munkatársai (2018) 8 országban (Ausztrália, Belgium, Dél-Afrika, Észak-Írország, Mexikó, Németország, Spanyolország és USA), összesen 13984 első éves „college” diákoknál vizsgálták az öngyilkos magatartás előfordulási gyakoriságát. Eredményeik alapján az öngyilkossági gondolatok az élettartam előfordulási gyakorisága 32,7%, az öngyilkossági terveknek 17,5%, míg az öngyilkossági kísérletnek 4,3% (Mortier és mtsai, 2018). Továbbá az öngyilkossági gondolatok a 12 hónapos előfordulási gyakoriságát 17,2%-nak, az öngyilkossági tervekét 8,8%-nak, míg az öngyilkossági kísérletét 1,0%-nak találták (Mortier és mtsai, 2018). Akinek életében előfordult öngyilkos magatartás, azok háromnegyedénél ez először már 16 éves koruk előtt jelentkezett. Több, mint fele (53,4%-a) azoknak, akiknél élettartam öngyilkossági gondolat jelentkezett, lett öngyilkossági tervük is, míg közel negyede (22,1%-a) azoknak, akik eltervezték, hogyan lennének öngyilkosok, meg is kísérelte az öngyilkosságot (Mortier és mtsai, 2018).

Bár az értekezésem az öngyilkos magatartású fiatalokra vonatkozik, az öngyilkosság népegészségügyi jelentősége szempontjából figyelemfelkeltő az az epidemiológiai adat is, amit Andriessen és munkatársai (2017) kaptak metaanalízisükben, miszerint minden ötödik ember az élete során kerül olyan helyzetbe, hogy egy családtagja, vagy egy barátja, vagy egyéb közeli ismerőse öngyilkos lesz.

### 2.3. Az öngyilkosság rizikófaktorai

Ahhoz, hogy egy öngyilkosság megtörténik-e vagy nem, számos rizikó- és védőfaktor járul hozzá, ezek összefüggése, egymásra gyakorolt hatása általában igen komplex (Balázs, 2015a). Az öngyilkosság miatt meghalt személyeket az ún. pszichológiai autopszia módszerével vizsgálhatjuk, ami az illetőről sokat tudó közeli hozzátartozókkal történő interjúkból és a hivatalos dokumentációk, pl. kórházi anyagok átvizsgálásából áll (Hawton és mtsai, 1998). Az öngyilkossági kísérletet elkövető személyeket a kísérlet után rövid idővel – pl. saját vizsgálatunknál 24 órán belül (ld. 4.1.1. fejezet) – interjúvoljuk meg, hogy minél pontosabban fel tudjuk mérni az öngyilkossági kísérlet tényezőit (Balázs és mtsai, 2000, 2003, 2006).

Mind a rizikó-, mind a védőfaktorokat több módon csoportosíthatjuk. Egyik gyakran használt áttekintése a rizikófaktoroknak - melyet értekezésemben is követek - a „harmadlagos”, a „másodlagos” és az „elsődleges” besorolás, a tágabbtól a szűkebb kategória felé haladva (Rihmer, 1996).

Az öngyilkosság *harmadlagos rizikófaktorai* olyan tényezők, melyek nem befolyásolhatóak és az élet velejárói (Balázs, 2015a). Ilyen a férfi nem, mint fentebb láttuk, a férfiaknál gyakoribb az öngyilkosság. Bizonyos életszakaszok szintén ide tartoznak, a serdülőkor és az időskor. A serdülőkor a felnövekedés során, egészséges fejlődés mellett is olyan időszak, ami sok változással - biológiai, pszichológiai és szociális - és ezekből fakadó bizonytalansággal jár (Balázs és Kapornai, 2012). Biológiaiilag számos hormonális változás történik, ennek megfelelően testük és nemi identitásuk is alakul. A serdülők egészséges fejlődés mellett is „érzékenyek”, szélsőségesebbek az érzelmeik, foglalkoztatják őket az élet és halál nagy filozófiai kérdései. Professzionális életük során át kell gondolniuk, milyen hivatást szeretnének később, ezt a fontos döntést is ebben az időszakban meg kell hozniuk és erre fel kell készülniük tanulmányaikkal. Továbbá ez az az életszakasz a fejlődés során, amikor a fiatalok a szüleiktől egyre függetlenebbek lesznek, de még otthon laknak, közben a kortársak között ki kell alakítani a helyüket, megtörténhetnek az első szerelmek. Mindezek miatt mondjuk, hogy a serdülőkor egy szenzitív időszak (Balázs, 2013). Mint írtam, egy másik ilyen fokozott figyelmet igénylő időszak az időskor – ez nem témája az értekezésemnek, így csak rövidebben érintem -, amikor szintén sok változás történik az életben „normálisan” is, és ezek ráadásul gyakran nem is pozitív változások (Conwell és Duberstein, 2005; Harwood és mtsai, 2006). Erre az időszakra esnek a



nyugdíjazások, ami jelentős életmódváltással, sőt gyakran a szeretett tevékenység kényszerű abbahagyásával jár, a családban is új szerepben kell megtalálniuk a helyüket, továbbá ekkor is történnek hormonális, testi változások (Conwell és Duberstein, 2005; Harwood és mtsai, 2006). Szintén harmadlagos rizikótényezőnek számítanak bizonyos időszakok, mint a tavasz és a kora nyár (Rihmer és Fekete, 2012). Mint láthatjuk, a harmadlagos rizikófaktorok prediktív értéke igen csekély, és önmagukban nem is hasznosíthatók, de ha szövődnek a továbbiakban bemutatásra kerülő elsődleges és másodlagos rizikófaktorokkal, akkor nagymértékben növelik az öngyilkosság kockázatát (Rihmer és Fekete, 2012).

Az öngyilkosság *másodlagos rizikófaktorai* azok az életesemények, melyek ideális esetben nem történnek meg az ember életében, de sajnos az élet gyakori velejárói (Bálázs, 2013; Balázs 2015a; Rihmer és Fekete, 2012). Ezek többnyire ún. negatív életesemények, bár ide soroljuk a költözést is, ami gyakran kívánt dolog, mégis változással, stresszel járhat, így fokozhatja a szorongás, a depresszió és az öngyilkosság rizikóját. Tekintve az értekezés fókuszát, szintén kicsit részletesebben tekintem át azokat a negatív életeseményeket, melyek serdülőkorban előfordulhatnak. Ilyenek, ha egy családban sok a feszültség, a vita, rossz a szülő-gyermek kapcsolat, ha a szülők elválnak, új családok alakulnak, ha magányos a fiatal a családjában. Kortárskapcsolatok is járhatnak feszültséggel, vagy, ha valakinek nincsenek barátai, illetve az első szerelmi csalódások is erre az időszakra eshetnek. Az utóbbi időben számos kutatás írja le a bullying (magyarul zaklatás, de eddig nem honosodott meg tökéletes magyar fordítása, ezért hagytam meg az eredeti angol kifejezést) öngyilkossági rizikót növelő hatását (Holt és mtsai, 2015; Mayes és mtsai, 2014; Sinyor és mtsai, 2014). Fontos megemlíteni az internetes (cyber)-bullyingot, mely szintén fokozott öngyilkossági kockázattal jár (Gini és Espelage, 2014; Sampasa-Kanyinga és mtsai, 2014). Az iskolai tanulmányi kudarcok szintén ide tartoznak. Nagy irodalma van, hogy azok között, akik gyermekkorukban fizikai vagy szexuális bántalmazás áldozatai voltak, felnőttkorban magasabb az öngyilkosság előfordulási gyakorisága (Rihmer és mtsai, 2009). Megint csak röviden érintem, miután nem témája értekezésemnek, az időskorban gyakrabban előforduló negatív életeseményeket, pl. komoly betegség megtudása, házastárs, barátok elvesztése. Persze ezek bármelyik életkorban megtörténhetnek. Szintén felnőttkori negatív életesemény lehet a válás, a munkahely elvesztése, az anyagi nehézségek. Bármely életkorban előfordulhat a dohányzás, amit szintén az öngyilkosság

másodlagos rizikói közé sorolnak: hazai és külföldi szerzők is leírták a dohányzás és az öngyilkosság gyakori együttjárását, bár ok-okozati összefüggések nem ismertek (Dervic és mtsai, 2007; Rihmer és mtsai, 2007; Rihmer és Fekete, 2012). Fontos azonban megjegyezni, hogy a pszichiátriai betegek – a depressziós, a szkizofrén és az addiktív betegek - között a dohányosok előfordulási gyakorisága többszöröse azokénál, mint akiknél nem áll fenn pszichiátriai betegség (Döme és mtsai, 2010). A pszichiátriai betegségek előfordulási gyakorisága pedig igen magas az öngyilkosságot elkövetők és megkísérlők között, mint ahogy értekezésem következő fejezetében ezt részletesen kifejtem.

Klinikai és kutató munkámhoz, ezáltal értekezésem témájához is, az öngyilkosság *elsődleges rizikófaktorai* kapcsolódnak szorosan. Ide olyan tényezőket sorolunk, melyek „normálisan” nincsenek jelen az emberek életében (Rihmer és Fekete, 2012). Ebbe a csoportba tartoznak a pszichés zavarok. Vizsgálatok leírják, hogy az öngyilkosságot elkövető, illetve megkísérelő mind felnőtteknél, mind gyermekeknél több mint 90%-ban fennáll valamilyen pszichiátriai betegség, ami többnyire nem kezelt (Balázs és mtsai, 2003; Cavanagh és mtsai, 2003; Gould és mtsai, 2003; Shaffer és mtsai, 1996). A leggyakrabban - az öngyilkosságot megkísérlők vagy elkövetők kétharmadánál - fennálló kórkép minden korosztálynál a depresszió. A depressziós betegek (unipoláris és bipoláris) öngyilkossági rizikója 15-20-szorosa a populációénak (Balázs és Rihmer, 2012; Harris és Barraclough, 1997). Azonban azt is tudjuk, hogy nem minden depresszió jár szuicid rizikóval: Rihmer és Kalmár (2012) összefoglalása szerint a depressziós betegeknek 15-20%-a hal meg öngyilkosság miatt (akik többnyire nem álltak kezelés alatt), és kb. felük sohasem kísérel meg öngyilkosságot, míg Hawton és van Heeringen (2009) áttekintő tanulmányukban 4%-ra teszik, bár ők is hangsúlyozzák, hogy ez magasabb a férfiak és azok között, akik depresszió miatt hospitalizálásra kerültek. Izgalmas, a szuicid prevenció egyik kiemelten fontos kérdése annak kutatása, hogy minél pontosabb meg tudjuk határozni, hogy a depressziós betegek közül kik az igazán veszélyeztetettek öngyilkosságra. Kutatásaim részben erre keresik a választ. PhD munkám során elsőként mutattam ki, hogy öngyilkossági kísérletet elkövetőknél 60%-ban életük első depressziós epizódja vezetett öngyilkossági kísérlethez (Balázs és mtsai, 2003). Másik fontos eredménye ezen munkámnak, hogy felhívtam a klinikusok figyelmét a bipoláris, ezen belül is a bipoláris II-es betegek fokozott szuicid rizikójára: a major depressziós epizódú öngyilkossági

kísérletet elkövető betegek 35%-ánál találtunk a múltban hipomán, vagy mániás epizódot, és 85,7%-uk a bipoláris betegeknek a bipoláris II-es csoportba tartozott (Balázs és mtsai, 2003). Bipoláris betegek esetében, még Hawton és van Heeringen (2009) is - akik mint láthattuk alacsonyabbra teszik a depressziós betegek szuicid halálozását – 15-20%-ról ír, akik öngyilkosság miatt halnak meg. Kiemelendő, hogy az unipoláris major depresszió élettartam előfordulási gyakorisága a népességben 15–17%, míg a bipoláris (I és II) zavaré 1,3–5% (Rihmer és Angst, 2005), és a legnagyobb szuicid rizikóval járó állapot a bipoláris zavar (Balázs és Rihmer, 2012; Goodwin és Jamison, 2007).

A PhD kutatás után tovább folytattam ennek a kérdésnek a vizsgálatát: azt, hogy a depressziós betegek közül kik veszélyeztetettek különösen öngyilkosság tekintetében. Kutatásom a depressziós kevert epizód vizsgálatára irányult, mely munkát jelen értekezésemben bemutatom (Balázs és mtsai, 2006). Miután a téma jelentős elméleti háttérrel rendelkezik, ezért ezt a Bevezető további, külön alfejezetében foglalom össze (ld. 2.4. fejezet).

További jól ismert elsődleges rizikófaktora az öngyilkosságnak a pszichoaktív szerek használata, ezen belül is leginkább az alkoholizmus, mely az öngyilkosságot elkövetőknél minden korosztályban a második leggyakoribb pszichiátriai diagnózis az imént ismertetett depresszió után (Cavanagh és mtsai, 2003; Conner és Duberstein, 2004; Galaif és mtsai, 2007). Az öngyilkosságot elkövető személyek 25-70%-nál fennáll pszichoaktív szerhasználat önmagában, vagy komorbid zavarként (Galaif és mtsai, 2007; Pirkola és mtsai, 2000). Fontos tudnunk, hogy az öngyilkosságok 10–75%-a, nemtől, korosztálytól, kultúrától függően pszichoaktív szer hatása alatt történik (Cherpitel és mtsai, 2004).

A pszichiátriai zavarok között előfordulási gyakoriság szerint a harmadik helyen szereplő kórkép különbözik felnőtteknél és 18 év alattiaknál. Felnőtt korosztályban a szakirodalom a szkizofréniát említi, mely az öngyilkosságot elkövetők 2-14%-nál áll fenn és a szkizofrén betegek 4-8%-a öngyilkosság miatt hal meg (Beautrais és mtsai, 1996; Falcone és mtsai, 2010; Palmer és mtsai, 2005). Miután a szkizofrénia gyakran fiatal felnőttkorban kezdődik, ez magyarázza, hogy gyermekkorban nem szerepel az első három öngyilkossági rizikófaktor között. Gyermekkorban a viselkedészavar a harmadik leggyakoribb kórkép, ami fennáll öngyilkosságot elkövetőknél, vagy megkísérelőknél (Fleischmann és mtsai, 2005).

Fontos az öngyilkossági rizikót növelő pszichiátriai zavarok sorában megemlíteni az evészavarokat, ezek közül is leginkább az anorexia nervosát (Bridge és mtsai, 2006; Franko és Keel, 2006). Az anorexia nervosában szenvedő betegek 10%-a öngyilkosság miatt hal meg (Franko és Keel, 2006). Bulimia nervosában szenvedők egynegyedénél írtak le öngyilkossági kísérletet, és mint később leírom, ez egy jelentős rizikófaktora egy későbbi befejezett öngyilkosságnak (Fischer és Grange, 2007).

Kutatásaim az utóbbi években az öngyilkosság egy kevésbé ismert, bár egyre nagyobb figyelmet kapó elsődleges rizikófaktora, az ADHD és az öngyilkosság esetleges összefüggéseinek vizsgálatára irányultak (Balázs és mtsai, 2014). Bár logikailag a téma összefoglalása ide illene, tekintve, hogy értekezésem egyik fókusza ez a kérdés, így a Bevezető további részében külön alponthan részletesen áttekintem a téma hátterét (ld. 2.5. fejezet).

Az elsődleges öngyilkossági rizikófaktorok közé tartoznak a személyiségzavarok: öngyilkosság miatt meghalt személyek 30-40%-nál diagnosztizáltak személyiségzavart, többnyire borderline vagy antiszociális személyiségzavart, azonban vizsgálatok adatai azt mutatják, hogy ezen személyeknél szinte mindig fennállnak a depresszió tünetei is és/vagy pszichoaktív szerhasználat (Duberstein és Conwell, 1997; Foster és mtsai, 1997; Lieb és mtsai, 2004).

Ez előbbi gondolatmenet át is vezet a komorbiditás jelenségére, ami szintén az elsődleges öngyilkossági rizikófaktorok közé tartozik, tehát az, hogy ha valakinél egy időben több pszichiátriai zavar is fennáll (Cavanagh és mtsai, 2003; Hawton és van Heeringen, 2009). A szorongásos zavarok például önmagukban ritkán fordulnak elő öngyilkosságot követően, azonban komorbid zavarként gyakran állnak fenn, akár depresszió, akár pszichoaktív szerhasználat mellett és jelentősen növelik az öngyilkosság kockázatát (Hawton és van Heeringen, 2009). Szintén igen gyakori a korábban említett viselkedészavar együttjárása depresszióval, mely fiatalokban az egyik legnagyobb szuicid kockázatú állapot (Apter, 2001).

Az eddig említett elsődleges rizikófaktorok a klasszifikációs rendszerek kritériumai szerint felállított pszichiátriai zavarok. Mint láthattuk, az öngyilkosságot követő vagy megkísérlő személyek 10%-nál ilyen kritériumok szerinti pszichiátriai zavar nem diagnosztizálható. PhD munkám során kezdtem el foglalkozni – akkor elsőként – a küszöb alatti pszichiátriai zavarok és az öngyilkosság kapcsolatával: az öngyilkossági

kísérletet elkövettek 78,6%-ánál találtunk küszöb alatt zavart (Balázs és mtsai, 2000). Továbbá nagyon érdekes, hogy azok között, akiknél nem diagnosztizáltunk klasszifikációs rendszer szerinti (küszöb feletti) pszichiátriai zavart, azok kétharmadánál fennállt küszöb alatti pszichiátriai zavar (Balázs és mtsai, 2000). Ezen a területen végzett kutatásaimat folytattam PhD munkám után, melyek ismertetése jelen értekezésemnek is jelentős része, így e téma hátterének is külön, részletes alfejezetet szánok a “Bevezető”-ben (ld. 2.7. fejezet).

Igen fontos elsődleges öngyilkossági rizikófaktor, ha valaki korábban már megkísérelt öngyilkosságot: egy öngyilkossági kísérlet 70-szeresére növeli a következő öngyilkossági kísérlet kockázatát és 40-szeresére növeli a befejezett öngyilkosság bekövetkezésének kockázatát (Hawton és van Heeringen, 2009). Xin és munkatársai (2018) vizsgálatuk alapján leírják, hogy az olyan major depressziós epizódú betegek között, akiknek az anamnézisében (definíciójuk szerint: valaha az életében, kivéve a vizsgálatot megelőző egy hónapban) volt öngyilkossági kísérlet, szignifikánsan magasabb volt a vizsgálatukat megelőző egy hónapban az öngyilkossági kísérlet előfordulási gyakorisága, mint az olyan major depressziós epizódú betegek között, akiknek az anamnézisében nem szerepelt öngyilkossági kísérlet. Arató és munkatársai (1988), valamint Almási és munkatársai (2009) autopsziás vizsgálatai alapján a befejezett öngyilkosságot elkövetők közel harmada kísérelt meg korábban öngyilkosságot. Tehát nem igaz az az öngyilkosságot körülvevő tévhit, hogy van, aki „csak” kísérletezik, úgysem akar meghalni. Illetve továbbgondolva a fenti adatot, az öngyilkosságot elkövető személyek több mint kétharmada az első „kísérletébe” belehal (Rihmer, 2007; Rihmer és Fekete, 2012).

Szintén nagyon fontos öngyilkossági elsődleges rizikófaktor, ha valaki beszél arról, hogy szeretne meghalni, vagy utal rá (pl. „Úgyis könnyebb lenne mindenkinek nélkülem.”), vagy beszámol öngyilkossági terveiről, vagy ha indirekt mondja (pl. „Hamarosan kiszállok az egészből.”). Tehát az is tévhit, hogy aki beszél az öngyilkossági terveiről úgysem akar meghalni. Ezeket a verbális kommunikációkat szokták az öngyilkosság figyelmeztető jeleinek is hívni. Figyelmeztető jelek közé tartoznak viselkedési jegyek is, pl. ha valaki befelé forduló lesz, búcsúlevelet ír, elajándékozza fontos tárgyait, rendezi függőben levő ügyeit.

A rizikófaktorok elsődleges csoportjába tartozik az öngyilkosság tekintetében pozitív családi anamnézis: ez 2-10-szeresére növeli az öngyilkosság kockázatát (Hawton és

van Heeringen, 2009; Kim és mtsai, 2005). Klinikai munka során gyakran ez az adat az, ami különös óvatosságra hívja fel a klinikus figyelmét páciense kezelésekor.

Minden fentebb felsorolt elsődleges rizikófaktor olyan, amit klinikai munkánk során fel kell ismernünk és adekvát kezelést kell biztosítanunk. Mindezzel igen jelentősen hozzájárulunk az öngyilkosság prevenciójához, hisz ha valakinek elmúlnak a betegségéből adódó negatív, öndestruktív gondolatai, újra jól lesz és nem szeretne meghalni. Minderről alább, a szuicidium prevenciók lehetőségeinél részletesebben írok.

Gyakran szövődnek egymással az elsődleges, másodlagos és harmadlagos rizikófaktorok, ezzel jelentősen növelve az öngyilkosság kockázatát (Rihmer, 1996). Egy kissé sarkított, de az életben akár előforduló esettel szemléltetve mindezt: egy serdülő fiú (harmadlagos rizikó) szülei elválnak, ezért elköltözik édesanyjával, emiatt iskolát kell váltania, új iskolájában magányos, sőt még a barátnője is szakít vele és hamarosan beköltözik hozzájuk édesanya új barátja (másodlagos rizikók). A fiúnál felállítható a depresszió diagnózisa és a családjában történt már öngyilkosság (elsődleges rizikók). Ennél a fiúnál igen nagy szuicid rizikóval kell számolnunk. A harmadlagos rizikófaktorokat senki sem tudja befolyásolni, valamint pszichés zavarokat kezelő klinikusként arra sincs lehetőségünk és a legtöbbször jogunk sem, hogy a másodlagos rizikókat befolyásoljuk – bár fontos, hogy tudjunk róla, hogy páciensünk életében ilyen történt –, viszont arra igen, hogy az elsődleges rizikót, a depressziót adekvátan kezeljük. Ha elmúlik a depresszió, a páciens hatékonyabb és jobb megoldási stratégiákat tud választani az életből adódó nehézségei kezelésére, akkor is, ha a negatív életesemények továbbra is fennállnak.

A rizikótényezők fenti beosztásába nem sorolható és értekezésemnek sem témája, de fontos megemlíteni, hogy nagyon izgalmasak az utóbbi évek öngyilkossági rizikótényezőket feltáró biológiai kutatásai (Chatzittofis és mtsai, 2013; van Heeringen és mtsai, 2014): ezek neuroanatómiai (nucleus caudatus, cingulum), továbbá biomarker (szerotonin, oxitocin) elváltozásokat mutattak ki öngyilkos magatartású személyeknél, valamint az epigenetika szerepét hangsúlyozták.

## **2.4. A depressziós kevert epizód és az öngyilkosság**

Mint ahogy a „Bevezető” korábbi részében leírtam, a major depressziós epizód mind felnőttek, mind gyermekek esetében különösen nagy rizikót jelent az öngyilkosság

tekintetében. Ugyanakkor azt is hangsúlyoztam, hogy a major depressziós epizód diagnózisú betegeknek csak egy kis csoportja követ el vagy kísérel meg öngyilkosságot. Ezért igen fontosak azok a további kutatások, melyek igyekeznek megtalálni azokat a tényezőket, amelyek a major depressziós epizód diagnózisú betegeket öngyilkosság tekintetében különösen nagy rizikójúvá teszik.

Érdekesség, hogy már Kraepelin leírta az agitált depresszió tünetegyüttesét, amelyet ő a depresszió tünetei közé „keveredő” mániás tüneteknek tulajdonított (Kraepelin, 1921). Kraepelin „mániás-depressziós elmezavar” rendszerében három fő területet határozott meg, ahol a tünetek jelentkezhetnek: hangulat, gondolkodás és aktivitás. Ezeken a területeken jelentkező tünetek mozoghatnak egy irányban, ilyenkor mániás, illetve depressziós állapotról beszélünk, illetve ellentétes irányban, ilyenkor áll fenn kevert állapot, melyet agitált depressziónak nevezett. Az utóbbi évek vizsgálatai alátámasztják, hogy a depressziós kevert epizód és az agitált depresszió egymást jelentős mértékben átfedő kategóriák (Akiskal és mtsai, 2005; Benazzi, 2005a).

Amikor a depressziós kevert epizód témájával elkezdtem foglalkozni és az értekezésemben szereplő (ld. 3.1. és 4.1. és 5.1 és 6.1 fejezetek), ezen a területen végzett kutatásunkat terveztük, végeztük és közzétettük (Balázs és mtsai, 2006), akkor a DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) és a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 10. kiadása (BNO 10.) (WHO, 1992) klasszifikációs rendszerek voltak érvényben. A DSM-IV-TR és a BNO-10. pontosan meghatározták a major depressziós, a mániás és a hipomániás epizód, valamint az ezekből összeálló unipoláris és bipoláris I-es (depressziós, mániás és euthym időszakok váltakozása) és bipoláris II-es zavar (depressziós, hipomániás és euthym időszakok váltakozása) diagnosztizálásának kritériumait. Az unipoláris-bipoláris felosztás és a bipoláris II-es zavar bekerülése a klasszifikációs rendszerekbe volt az első lépés, hogy a pszichiátriában az utóbbi években egyre inkább érvényre jutó spektrum szemlélet az affektív zavarok értelmezésében is a helyet kapjon (Goodwin és Jamison, 2007).

Azonban a szakemberek – klinikusok és kutatók – figyelme ezeken az affektív állapotokon kívül, Kraepelinhez hasonlóan, olyan betegekre is terelődött, akiknél egy epizódon belül keverednek a depressziós és a hipo/mániás tünetek (Balázs, 2009). Az ilyen szindrómákat, ahol átfedő tünettannal figyelhető meg, kevert epizódoknak nevezték (Akiskal és mtsai, 2005; Benazzi, 2006a). A DSM-IV-TR a kevert epizódok közül csak egyet definiált, azt, amikor a teljes mániás epizód és a teljes major depressziós epizód

tünetei fennállnak (ún. kevert affektív epizód). Ezzel tehát a DSM-IV-TR leszűkítette a kevert epizódokat a bipoláris I-es zavarra. A BNO 10. rendszerben a kevert affektív epizód azt az állapotot jelenti, amikor keverten, gyorsan váltakozva (órákon belül) mind a depresszió, mind a hipománia és/vagy a mánia teljes tünettartát mutatja a beteg (WHO, 1992). Így a BNO 10. lehetővé teszi bipoláris II-es zavarban is a kevert epizód diagnosztizálását, de csak ha a hipománia teljes kritériumrendszere teljesül. A kevert epizódok egyéb formáit, mint amikor pl. a major depressziós epizód és a hipomániás epizód 2-3 tünete, illetve a hipomániás epizód és a major depressziós epizód 2-3 tünete áll fenn egyidőben, sem a DSM-IV-TR, sem a BNO 10. rendszer nem ismerte el. Ennek ellenére a klinikumban találkozhatunk ilyen betegekkel, és a kutatások definíciótól, illetve a használt diagnosztikus eszközöktől függően bipoláris I és II zavarban a kevert epizódok előfordulási arányát 20-70% közt találták, míg unipoláris zavarban 30-35% közt (Akiskal, 1996; Benazzi, 2007a; Koukopoulos és mtsai, 2005).

Továbbá, szemben Kraepelin komplex rendszerével, ahol a fentebb részletezett három terület - hangulat, gondolkodás és aktivitás - tünetei egyenlő mértékben számítanak a diagnózis felállításánál, a DSM-IV-TR rendszer meghatározta, hogy hangulati tünetnek feltétlenül fenn kell állnia az affektív zavar diagnosztizálásához. Kutatások azonban alátámasztották, hogy az aktivitást és a gondolkodás módját is egyenlő súllyal figyelembe kell venni (Akiskal és mtsai, 2003; Angst és mtsai, 2003; Benazzi, 2004).

Ennek a témának az áttekintése szempontjából különösen izgalmas, hogy azóta, hogy az ebben az értekezésben is bemutatásra kerülő kutatásunk eredményeit publikáltuk (Balázs és mtsai, 2006), és hangsúlyoztuk, hogy fontos, hogy a klasszifikációs rendszerek következő kiadása vegye be a kevert epizódok további formáit is (ld. később), megjelent a DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). A DSM-5-be bekerült az ún. „Keverd jegyekkel” jelölő, ami mind (hipo)mániás, mind major depressziós epizód (bipoláris és unipoláris zavar esetén is) esetében definiál egy epizódot, amikor az ellentétes pólus meghatározott számú küszöb alatti tünete jelen van (American Psychiatric Association, 2013). Konkrétan ez azt jelenti, hogy létrejött a „Mániás vagy hipomán epizód kevert jegyekkel” diagnózis, amikor teljesülnek a mániás vagy a hipomán epizód kritériumai és ezek mellett fennáll legalább 3 tünete a major depressziós epizódnak (tehát küszöb alatti szinten, hisz a diagnosztikus küszöb 5 tünet megléte) (American Psychiatric Association, 2013). Továbbá bekerült a DSM-5-be a „Depressziós zavar kevert jegyekkel” kórkép is, melynél teljesülnek a major



depressziós epizód kritériumai és a mániás/hipomániás epizód tüneteiből ezzel együtt legalább 3 tünet fennáll (American Psychiatric Association, 2013). A DSM-5 szerint, ahhoz, hogy felállítsuk a „Depressziós zavar kevert jegyekkel” kórképet, a major depressziós epizód alatt jelenlevő (hipo)mániás tünetek között nem szerepel az irritabilitás, a pszichomotoros agitáció és a disztraktibilitás (elterelhetőség) (American Psychiatric Association, 2013) - erre értekezésem további részében vissza fogok térni. Fontos klinikai aspektus a DSM-5-ben, hogy felhívja a szakemberek figyelmét, hogy ha depressziós kevert epizód áll fenn, akkor jelentős a bipoláris zavar, akár I-es, akár II-es formájának a kialakulási esélye és ezt a kezelés során fontos szem előtt tartani (American Psychiatric Association, 2013). Mindezt két helyen is említi a DSM-5, egyrészt a Bipoláris és kapcsolódó zavarok, másrészt Depressziós zavarok kevert depressziós epizódjának ismertetésénél (American Psychiatric Association, 2013).

Azért is nagyon jelentős, hogy a DSM-5 lehetővé teszi ezeknek a kevert epizódoknak a diagnosztizálását, mert kutatások kimutatták, hogy ezeknek a tünetegyütteseknek rosszabb a prognózisa és gyakoribb mellettük a komorbid kórképek (szorongásos zavarok, pszichoaktív szerhasználat) fennállása, valamint nagyobb terápiás kihívást jelentenek a szakembernek, mint a nem-kevert affektív epizódok (Perugi és mtsai, 2014). Ezért kifejezetten fontos, hogy a klinikusok felismerjék, „nevén nevezzék”, tehát megfelelően diagnosztizálják és ehhez az állapothoz kapcsolt evidencia alapú terápiában részesítsék ezeket a betegeket.

A következőkben az átfedő tünettannú affektív zavarok közül részletesebben a depressziós kevert epizódot tekintem át, mivel az értekezésemben bemutatott, ezen a területen végzett vizsgálatunkban is ezzel foglalkoztam. A major depressziós epizód közben fellépő mániás/hipomániás tünetek jelentkezhetnek spontán az adott epizód tüneteiként, lehetnek egy depresszió és mania közötti átmeneti állapot tünete (Kraepelin ezt az állapotot írta le), illetve kiválthatja, vagy ronthatja a tüneteket antidepresszív gyógyszeres terápia alkalmazása (Benazzi, 2007b). Bár, mint fentebb írtam, az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kiadott klasszifikációs rendszer legújabb verziója, a DSM-5 szerint ahhoz, hogy felállítsuk a „Depressziós zavar kevert jegyekkel” kórképet, a major depressziós epizód alatt jelenlevő (hipo)mániás tünetek között nem szerepel az irritabilitás, a pszichomotoros agitáció és a disztraktibilitás (elterelhetőség) (American Psychiatric Association, 2013). Fontos továbbá, hogy a vizsgálatok alapján a leggyakoribb hipomániás tünetek, amelyek a depressziós epizód közben jelentkeznek,

az irritabilitás, a gondolatrohanás/gondolattorlódás, a pszichomotoros agitáció és a beszédesség (Akiskal és mtsai, 2005; Benazzi és mtsai, 2004; Benazzi, 2005a; Biondi és mtsai, 2005; Maj és mtsai, 2003; Perugi és mtsai, 2001; Sato és mtsai, 2003; Serretti és Olgiati, 2005). Értekezésem további részében részletesebben bemutatom a depressziós epizód alatti hipomániás tünetek gyakoriságáról saját adatainkat is (Balázs és mtsai, 2006). A depressziós kevert epizód diagnosztikus kritériumának pontos meghatározásával felnőtteknél számos vizsgálat foglalkozott (Akiskal és mtsai, 2003; Bauer és mtsai, 2005; Benazzi, 2005a; Biondi és mtsai, 2005; Kokukopoulos és mtsai, 2005; Maj és mtsai, 2003; Maj és mtsai, 2006; Perugi és mtsai, 2001; Sato és mtsai, 2003; Serretti és Olgiati, 2005). Vizsgálatok sora támasztotta alá, ami végül is bekerült a DSM-5-be, ahogy fentebb leírtam, hogy 3 „intradepresszív” (hipo)mániás tünet szükséges (American Psychiatric Association, 2013), azonban a számos kutató által hangsúlyozott további kitétel, hogy ezek ne euforiás hipomán tünetek legyenek, szintén nem került be kritériumként a DSM-5-be (Akiskal és mtsai, 2003; Benazzi, 2005a). A depressziós kevert epizód előfordulhat mind bipoláris I-es vagy II-es, mind unipoláris depressziós pácienseknél, mégis a legtöbb vizsgálat a bipoláris II-es és az unipoláris depresszióra vonatkozik (Akiskal és Benazzi, 2003; Akiskal és Benazzi, 2005; Bauer és mtsai, 2005; Benazzi és mtsai, 2004; Biondi és mtsai, 2005; Kokukopoulos és mtsai, 2005; Maj és mtsai, 2003; Maj és mtsai, 2006; Mantere és mtsai, 2004; Perugi és mtsai, 2001; Sato és mtsai, 2003; Serretti és Olgiati, 2005; Suppes és mtsai, 2005). Vizsgálatok leírták, hogy legalább 2 „intradepresszív” hipomániás tünet (tehát depressziós kevert epizód) lényegesen gyakrabban fordul elő bipoláris zavarral diagnosztizált páciensek depressziós fázisában (30-60%), mint unipoláris major depressziós epizód alatt (20-30%) (Akiskal és mtsai, 2005; Benazzi és mtsai, 2004). Dilsaver és munkatársai (2005a) major depressziós epizód diagnózisú 12-17 éves fiatalok 40,5%-nál talált múltbeli hipomániás, illetve mániás epizódot, tehát ezek a fiatalok a bipoláris csoportba tartoztak. A bipoláris fiatalok 82%-ánál a jelenlegi major depressziós epizód kevert epizódú volt, mégpedig úgy, hogy a kevert epizód diagnózisának felállításához a páciensnek a major depressziós epizóddal egyidőben a teljes mániás epizód vagy a teljes hipomániás epizód kritériumait ki kellett elégítenie.

Számos vizsgálat találta azt, hogy azok a major depressziós epizód diagnózisú betegek, akiknél a depressziós epizódban 2 vagy több hipo/mániás tünet is fennáll, több vonatkozásban sokkal közelebb állnak a bipoláris, mint az unipoláris depressziós

betegekhez (Akiskal és mtsai, 2005; Akiskal és Benazzi, 2003; Benazzi, 2003a; Benazzi, 2003b; Benazzi, 2005a; Benazzi és Akiskal, 2001; Bottlender és mtsai, 2004; Sato és mtsai, 2003; Sato és mtsai, 2006):

- fiatalabb életkorukban jelentkezik a pszichiátriai zavar,
- pozitív a családi anamnézisük bipoláris zavar tekintetében,
- antidepresszív gyógyszeres (mono)terápia hatására gyakrabban átcsapnak a tünetek mániás epizódba vagy rapid ciklusba,
- gyakran mutatnak szezonális megjelenést.

Benazzi (2007b) összefoglalásában a fentiek mellett kiemeli, hogy a depressziós kevert epizódú betegek a depressziós nem-kevert epizódúakkal szemben kevésbé reagálnak a terápiára. Ezt a közelmúltban - már az alább bemutatásra kerülő (ld. 3.1. és 4.1. és 5.1. és 6.1. fejezetben összefoglalt) közleményünk (Balázs és mtsai, 2006) után - Shim és mtsai (2014, 2015) is megerősítették, kifejezetten bipoláris betegek depressziós kevert és nem-kevert epizódjának remisszióba kerülését vizsgálva.

Az értekezésben ezen témát bemutató kutatást megelőző időben, számos felnőttkori körében végzett kutatás rámutatott, hogy a major depressziós epizód diagnózisú betegek depressziós kevert epizódú csoportjának fokozott az öngyilkossági kockázata (Akiskal és Benazzi, 2003; Akiskal és mtsai, 2005; Benazzi, 2003a; Benazzi, 2005b; Benazzi, 2006b; Busch és mtsai, 2003; Cassano és mtsai, 2004; Hawton és mtsai, 2005; MacKinnon és mtsai, 2005; Maj és mtsai, 2003; Perugi és mtsai, 2001; Rihmer és Akiskal, 2006; Sato és mtsai, 2003; Sato és mtsai, 2005). Ezekben a vizsgálatokban kevert és nem-kevert major depressziós epizód diagnózisú betegeknél elemezték a korábbi és a jelenlegi öngyilkos magatartás előfordulási gyakoriságát. Azt találták, hogy az öngyilkossági kísérletek, illetve az öngyilkossági gondolatok sokkal gyakoribbak a depressziós kevert epizódban, mint depressziós nem-kevert epizódban. Akiskal és munkatársai (2005) eredményeik között beszámolnak arról, hogy magasabb a jelenlegi vagy múltbeli öngyilkos magatartás előfordulása, ha major depressziós epizód diagnózisú betegnél pszichomotoros agitáció, illetve gondolatrohanás/gondolattorlódás tünetek is fennállnak, mint ha nem.

Tudomásom szerint az értekezésben bemutatásra kerülő vizsgálatunk (ld. 3.1. és 4.1. és 5.1. és 6.1. fejezet) az első, amelynek a fókuszja az öngyilkossági kísérletet elkövetett

személyeknél a depressziós kevert epizód előfordulási gyakorisága és jellemzői (Balázs és mtsai, 2006).

## **2.5. Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar és az öngyilkosság**

Az utóbbi években a kutatók érdeklődése az ADHD felé fordult, mint egy lehetséges pszichiátriai zavar a jól ismertek mellett (melyekről részletesen értekezésem "Bevezető"-jében már írtam: a hangulatzavarok, a pszichoaktív szerhasználat, a szkizofrénia és a viselkedészavar), amelynek fennállása esetleg növeli az öngyilkosság rizikóját (Biederman és mtsai, 2008; Cho és mtsai, 2008; Chronis-Tuscano és mtsai, 2010; Galéra és mtsai, 2008; Goodman és mtsai, 2008; Lam, 2005; Manor és mtsai, 2010).

Az ADHD az egyik leggyakoribb gyermek-, és serdülőkori kórkép, előfordulási gyakorisága 2-6 % életkortól, klasszifikációs rendszertől és mérőeszköztől függően, és az esetek 40-60%-ában folytatódik felnőttkorban is, ekkor pont prevalenciája 2–5% (Brown és mtsai, 2001; Scahill és Schwab-Stone, 2000; Simon és mtsai, 2009). Gyermekkorban a fiúknál lényegesen gyakrabban fordul elő az ADHD, epidemiológiai vizsgálatok szerint a fiú-lány arány 3:1 (Costello és mtsai, 1997), szakemberhez fordulók körében pedig akár 6:1 (Biederman és mtsai, 2002). Felnőttkorra ez a nemi megoszlás ADHD diagnózisú betegeknél változik, fiatal felnőttkorban kb. 2:1 a férfi-nő arány, míg 40 éves kor felett kiegyenlítődik a nemi megoszlás (Simon és mtsai, 2009).

Az ADHD kialakulásában számos faktor szerepét tudjuk már beazonosítani. Képzalkotó és neuropszichológiai vizsgálatok a prefrontális kéreg és a bazális ganglionok szerepére hívják fel a figyelmet ADHD esetében, így az ADHD-t az ún. „frontostriatalis kórképek” közé soroljuk (Barkley, 1997; Castellanos és mtsai, 2002; Posner, 2012). Neurotranszmitterek közül az ADHD etiológiájában a dopamin és a noradrenalin szerepe bizonyított (Pliszka, 2005). Fontos megemlíteni a genetikát, mint az ADHD etiológiájában közrejátszó okot, becsült örökletessége 75%: számos kandidáns gént azonosítottak eddig (dopamintranszporter (DAT1) gén, dopaminreceptor (DRD4, DRD5) gén, dopamin béta-hydroxiláz (DBH) gén, szerotonintranszporter (5-HTT), szerotoninreceptor (HTR1B) gén, monoamin-oxidáz (MAO) gén) (Li és mtsai, 2006). Az ADHD családi halmozódása is ismert: elsőfokú rokonok között 3-5-ször nagyobb

az ADHD előfordulási gyakorisága, mint populációs vizsgálatokban, monoizigóta ikrekben 90%-ban, dizigóta ikerpároknál 65%-ban fordul elő mindkét tagnál (Faraone és mtsai, 2000). Továbbá vizsgálatok leírták, hogy környezeti tényezők is szerepet játszhatnak az ADHD kialakulásában, mint például a terhesség alatti anyai dohányzás vagy az alkoholfogyasztás (Thapar és mtsai, 2009).

Az ADHD központi tünetei mindkét jelenleg érvényben levő diagnosztikus rendszer, tehát a DSM-5 és a BNO 10. szerint is – ez utóbbi hipetkinetikus zavarnak nevezi a tünetegyüttest - a hiperaktivitás, a figyelmetlenség és az impulzivitás (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 1992). Fontos hangsúlyozni, hogy az ADHD mellett az esetek kétharmadában fennáll legalább egy komorbid pszichiátriai zavar, ami leggyakrabban viselkedészavar, pszichoaktív szerhasználat vagy hangulatzavar, melyek színezik a klinikai képet és befolyásolják a kezelés kimenetelét (Balázs és Gádoros, 2005; Biederman és mtsai, 1991; MTA Cooperative Group, 1999).

Az ADHD tünetei a gyermek fejlődésének, valamint a gyermekek és felnőttek hétköznapijainak számos területét érintik (National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Project Team, 2013). Egyrészt a tünetek problémát okozhatnak a professzionális életben: a gyermekek az iskolában nem tudnak megfelelően figyelni, így lemaradnak és egy idő után nem teljesítenek képességeiknek megfelelően, míg a felnőtteknek a munkában okoznak gondot az ADHD tünetei. Továbbá az ADHD kedvezőtlenül befolyásolja a szociális kapcsolatokat. A gyermekek esetében sérülhetnek a szülő-gyermek, a pedagógus-gyermek és a kortárs kapcsolatok, hiszen az ilyen gyermekkel mind a szülőknek, mind a pedagógusnak sokkal nehezebb a „hétköznapiakat vinni”, és kortársakkal is több konfliktusuk adódik, mint akinél nem áll fenn ADHD. Felnőtteknél pedig gyakoribb a párkapcsolati konfliktus és a válás.

Mindezek miatt igen fontos az ADHD tüneteinek felismerése, diagnosztizálása és adekvát kezelése. A kezelés első lépése a pszichoedukáció, melynek során elmondjuk mind a gyermeknek – ügyelve, hogy a fejlődési szintjüknek megfelelően tegyük – mind a szülőnek, illetve felnőtt betegnek és beleegyezése esetében hozzátartozójának, hogy a problémák hátterében egy többnyire kezelhető tünetegyüttes, az ADHD áll, továbbá röviden ismertetjük, amit jelenleg tudunk az ADHD etiológiájáról, epidemiológiájáról, tünettanárról, diagnosztizálásáról és kezelési lehetőségeiről. Amennyiben a gyermek 6 évesnél fiatalabb vagy 6 évesnél idősebb és enyhe vagy közép súlyos tünetekkel/károsodással járó ADHD áll fenn, nem-gyógyszeres kezelési lehetőségek a

választható terápiák (Balázs és mtsai, 2017, Kis és mtsai, 2017). Ezek között szerepel a szülőtréning, amelynek során elmondjuk a szülőknek az ADHD-ról a legfontosabb ismereteket és megtanítjuk őket egyszerű technikákra, amelyek hatásosak ADHD diagnózisú gyermekekkel való foglalkozás során – mint pl. nézzenek a gyermek szemébe, ha kérnek valamit, egyszerre egy feladattal bízzák meg –, valamint viselkedésterápiás technikák használatára. A viselkedésterápia során, a szülő/pedagógus bevonásával, a gyermeknél kívánatos viselkedést jutalmazással erősítjük meg. Ideális esetben a pedagógusokat is sikerül pedagógus-tréningbe bevonni, ami hasonló ismereteket ad át iskolai helyzetekre fókuszálva (pl. ültessék az első padba a gyermeket), mint a szülőtréning. A kognitív/viselkedésterápia az ADHD kezelésére felnőttek esetében is hatásosnak bizonyult. Hat évesnél idősebb, vagy súlyos tüneteket/károsodást mutató, vagy nem-gyógyszeres terápiára nem reagáló gyermekek/felnőttek esetében a gyógyszeres terapia hatékonyabbnak bizonyult, mint a nem-gyógyszeres terapia, a kombinált terapia pedig hatékonyabbnak, mint a gyógyszeres terapia önmagában (MTA Cooperative Group, 1999). Hazánkban az atomoxetin és a methylphenidate hatóanyagok törzskönyvezettek az ADHD kezelésére. Hatékony terapia esetén a fentebb részletezett káros következmények megszűnnek és megelőzhetjük a komorbid kórképek kialakulását (Biederman, 2003; Jensen és mtsai, 2001).

Mint fentebb láthattuk, az ADHD jellemzői között több olyan elem is szerepel, amelyekről a “Bevezető”-ben írtam, mint lehetséges öngyilkossági rizikófaktorok. Az ADHD mellett leggyakrabban előforduló komorbid zavarok az öngyilkosság legfontosabb ismert rizikófaktorai. Maga a komorbiditás jelensége is fontos szuicid rizikófaktor, mint ahogy korábban leírtam. A negatív életesemények gyakoribb előfordulása (pl. a fentebb említett rossz szülő-gyermek kapcsolat, iskolai kudarcok, válás, stb.), szintén növelhetik az öngyilkosság rizikóját, különösen ha ezek elsődleges rizikófaktorokkal szövődnek. Továbbá ismert, hogy az impulzivitás egy olyan személyiségjegy, aminek fennállása magasan korrelál az öngyilkos magatartással (Brezo és mtsai, 2006). Mindez az elmúlt évtizedben a kutatók figyelmét az ADHD-ra irányította, mint lehetséges öngyilkossági rizikófaktorra. Olyannyira a fókuszban van az ADHD és az öngyilkosság kapcsolatának vizsgálata az utóbbi évtizedben, hogy a témában megjelent kutatásokat kettő szisztematikus áttekintő tanulmány is összefoglalta 2011-ig (Impey és Heun, 2012; James és mtsai, 2004), valamint további

szelektív áttekintő és összefoglaló tanulmányok is születtek a témában (Furczyk és Thome, 2014; Nigg, 2013; Renaud és mtsai, 2012).

Az áttekintő tanulmányok mindegyike pozitív korrelációt talált az ADHD és az öngyilkosság között (Furczyk és Thome, 2014; Impey és Heun, 2012; James és mtsai, 2004; Nigg, 2013; Renaud és mtsai, 2012). Az egyik legizgalmasabb kérdés, hogy az ADHD közvetlenül növeli-e az öngyilkosság kockázatát vagy a komorbid kórképeken keresztül. Az összefoglaló tanulmányok az áttekintett közlemények alapján azt a következtetést vonják le, hogy az ADHD a komorbid kórképeken (viselkedészavar, pszichoaktív szerhasználat és depresszió) keresztül emeli az öngyilkosság kockázatát. Renaud és munkatársai (2012) kiemelik az impulzivitás szerepét, mely hozzájárul a viselkedés- és az oppozíciós zavar kialakulásához, ezek pedig a pszichoaktív szerhasználat és a deviáns viselkedés esélyét növelik, és mindez együtt vezet a megnövekedett szuicid rizikóhoz ADHD-s betegeknél.

A vizsgálatok nagyobb része férfiak körében történt. Nigg (2013) hívta fel a figyelmet a nemi különbségekre, miszerint ADHD diagnózisú lányoknál az öngyilkossági kísérlet előfordulási gyakorisága a magasabb, míg ADHD diagnózisú fiúknál a befejezett öngyilkosságé, mely megegyezik a populációs vizsgálatok során talált nemi különbségekkel. Szintén leírja a szerző, hogy mindkét nemnél a komorbid kórképek mediálnak, de részben mások: fiúknál a viselkedési zavar és a hangulatzavar, míg lányoknál a hangulatzavar.

Tekintve, hogy a téma jelentősen a fókuszban van, érdemesnek tartottuk a 2011 után megjelenő kutatásokat is szisztematikusan áttekinteni, és kibővíteni nem csak a kutatási időt, hanem a vizsgált aspektust is metodikai kérdéssel: milyen eszközöket használnak az egyes kutatások az ADHD, a komorbid állapotok és az öngyilkos magatartás diagnosztizálására, hisz mindezek befolyásolhatják az eredményeket, valamint különös fókusszal a nemi különbségekre, mely aspektus még számos megválaszolatlan kérdést vet fel a korábbi áttekintő tanulmányok után is (Balázs és Keresztény, 2017). Öt adatbázis (Ovid MEDLINE, Psycinfo, PubMed, Scopus, Web of Science) segítségével szisztematikus áttekintést készítettünk. A téma iránti fokozódó érdeklődést mutatja, hogy míg Impey és Heun (2012) 2011-ig szisztematikusan áttekintve az irodalmat összesen 25 közleményt talált, ami az ADHD és az öngyilkosság összefüggéseit vizsgálta, addig mi csak 2011-2015 között további 26 közleményt találtunk. Itt szeretném megjegyezni, hogy ebbe a szisztematikus áttekintésbe már belekerült az a

saját közleményünk is (Balázs és mtsai, 2014), amit az értekezés későbbi részében részletesen bemutatok (ld. 4.2. és 5.2. és 6.2. fejezet). Az általunk áttekintett közlemények tovább erősítették a korábbi eredményeket, miszerint pozitív korreláció található az ADHD és az öngyilkos magatartás között, amit a komorbid állapotok mediálnak. Korban kiterjedtebben tudunk nyilatkozni négy év közleményeinek szisztematikus áttekintése után, ugyanis a vizsgálatok fele 18 éves kor alattiak, fele viszont felnőttek körében történt, szemben Impey és Heun (2012) áttekintő tanulmányában, amely többségében serdülőket vizsgáló kutatásokat tartalmazott. A nemi különbségek vizsgálatára továbbra is kevés közlemény fókuszált, bár az előző időszakhoz képest több vizsgálta a kérdést nők között is. Ami vizsgálatot találtunk (Ben-Yehuda és mtsai, 2012), az megerősíti a korábbi eredményeket (Impey és Heun, 2012; James és mtsai, 2004), hogy az ADHD gyakrabban diagnosztizálható öngyilkosságot elkövető férfiak, mint nők között. Azonban amikor ADHD diagnózisú betegeknek néztük az öngyilkos magatartás (gondolat, kísérlet és befejezett öngyilkosság) előfordulási gyakoriságát, akkor háromból kettő vizsgálat nem talált különbséget a férfiak és a nők között (Agosti és mtsai, 2011; Mayes és mtsai, 2015b), és egy vizsgálat pedig azt találta, hogy ADHD diagnózisú lányok között kétszeres az öngyilkossági kísérlet előfordulásának az esélye, mint ADHD diagnózisú fiúknál (Ljung és mtsai, 2014). Mindez a korábbi áttekintő tanulmányok kiegészítéseként felhívja a figyelmet a kérdés fontosságára nők körében is. Azonban ez a kérdés még további kutatást igényel. Szisztematikus áttekintésünk legfőbb eredményeit az 1. táblázat mutatja be (Balázs és Keresztény, 2017).

Az értekezésben bemutatott vizsgálatunk idejében (ld. 4.2. és 5.2. és 6.2. fejezetek, Balázs és mtsai, 2014) alig tudtunk korábbi vizsgálatról, mely 12 év alatti gyermekeknél vizsgálta az ADHD és az öngyilkos magatartás kapcsolatát (Goodman és mtsai, 2008), és azóta is igen kevés ilyen vizsgálat történt (Ben-Yehuda és mtsai, 2012; Ljung és mtsai, 2014; Mayes és mtsai, 2015a; Mayes és mtsai, 2015b; Swanson és mtsai, 2014). Továbbá tudomásunk szerint, sem vizsgálatunk idejében és azóta sem történt vizsgálat, mely kezelés alatt még sosem álló, ADHD tüneteit mutató gyermekeknél a küszöb alatti tünetegyüttest (ld. 2.7. fejezet) felmérve vizsgálta az öngyilkos magatartást.



1. táblázat. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények (Balázs és Keresztény, 2017).

| Hivatkozás              | Ország       | Vizsgálati elrendezés | Minta          | Minta a vizsgálat kezdetekor   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor                       | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére | Főbb eredmények  |
|-------------------------|--------------|-----------------------|----------------|--|--|--|--|
| Agosti és mtsai (2011)  | USA          | Keresztmetszeti       | Klinikai minta | ADHD: N=365 felnőtt:<br><br>1. öngyilkossági kísérletük volt: N=59<br><br>2. nem volt öngyilkossági kísérletük: N=306  | Korhatár: 18-66 év   | CIDI, ACDS, DIS-IV   | ADHD diagnózisú személyek 16%-a kísérelt meg öngyilkosságot korábban. Az ADHD 1,5-szeresére növelte az esélyét, hogy az illetőnél fennállt korábbi öngyilkossági kísérlet, mint azoknál, akiknél nem állt fenn ADHD. Továbbá, ha legalább egy komorbid diagnózis is fennállt az ADHD mellett, akkor 4-12-szeresére nőtt az esélye hogy az illetőnél fennállt korábbi öngyilkossági kísérlet, mint azoknál, akiknél nem állt fenn ADHD. |
| Bácskai és mtsai (2012) | Magyarország | Keresztmetszeti       | Klinikai minta | N=198 pszichoaktív szerfüggő beteg (férfiak aránya: 76%)<br><br>1. pszichoaktív szerfüggő beteg, akinél nem áll fenn ADHD: N=154<br><br>2. pszichoaktív szerfüggő beteg akinél ADHD áll fenn: N=44 | Korhatár: 18-40 év<br>átlagéletkora az egész mintának: 27 év (SD=6,31) | ASRS, EuroADAD, BDI  | Azoknál a pszichoaktív szerfüggő betegeknél, akiknél ADHD is fennáll, szignifikánsan magasabb az öngyilkossági gondolatok és kísérletek előfordulási gyakorisága, mint azoknál a pszichoaktív szerfüggő betegeknél, akiknél nem áll fenn ADHD.   |

1. táblázat folytatása. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények (Balázs és Keresztény, 2017).

| Hivatkozás                | Ország       | Vizsgálati elrendezés | Minta            | Minta a vizsgálat kezdetekor   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor  | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére | Főbb eredmények   |
|---------------------------|--------------|-----------------------|------------------|--|---|--|---|
| Balázs és mtsai (2014)    | Magyarország | Keresztmetszeti       | Klinikai minta   | 1. ADHD és küszöb alatti ADHD diagnózisú gyermek: N=220<br><br>2. ADHD és küszöb alatti ADHD diagnózisú serdülő: N=198 | Gyermekek:<br>Korhatár: 3-11 év<br>Átlagéletkor: 7,67 év (SD=2,03)<br><br>Serdülők:<br>Korhatár: 12-17 év<br>Átlagéletkor: 14,31 év (SD=1,67).  | MINI-KID   | Az ADHD és az öngyilkos magatartás közötti kapcsolatot mediálták a komorbid zavarok. Gyermekeknél a szorongásos zavarok, míg serdülőknél a major depressziós epizód és a pszichoaktív szerhasználat tünetei bizonyultak szignifikáns mediátornak. |
| Barbaresi és mtsai (2013) | USA          | Keresztmetszeti       | Populációs minta | 1. Felnőttek gyermekkori ADHD diagnózissal: N=232<br><br>2. Kontroll: N=335  | ADHD dg-ú csoport:<br>Átlagéletkor: 27,0 év (eredeti közleményben nincs szórás megadva)<br><br>Kontroll csoport:<br>Átlagéletkor: 28,6 év (eredeti közleményben nincs szórás megadva) | MINI   | Azoknál a felnőtteknél, akiknél gyermekkori ADHD állt fenn, szignifikánsan magasabb volt az öngyilkosság miatti halál esetek száma, mint azoknál a felnőtteknél, akiknél nem állt fenn gyermekkori ADHD.  |

1. táblázat folytatása. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények  
(Balázs és Keresztény, 2017).

|                            | Ország | Vizsgálati elrendezés | Minta          | Minta a vizsgálat kezdetekor  | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor      | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére               | Főbb eredmények   |
|----------------------------|--------|-----------------------|----------------|---|---|--|---|
| Ben-Yehuda és mtsai (2012) | Izrael | Keresztmetszeti       | Klinikai minta | Öngyilkossági gondolat vagy kísérlet miatt sürgősségi osztályra beutaltak 2005-2007 között: N=266 | Gyermekek: Korhatár: ≤12 év<br><br>Serdülők: 12-18 év | Sürgősségi osztály orvosa állította fel a diagnózist, BNO-10 kódokat használva | <p>Öngyilkos magatartású gyermekek között szignifikánsan magasabb volt az ADHD előfordulási gyakorisága, mint az öngyilkos magatartású serdülők között.</p> <p>Öngyilkos magatartású serdülők között szignifikánsan magasabb volt a hangulatzavarok előfordulási gyakorisága, mint az öngyilkos magatartású gyermekek között.</p> <p>Öngyilkos magatartású gyermekek között az ADHD a második leggyakoribb (25,6%) pszichiátriai zavar volt az alkalmazkodási zavar (38,5%) után és a viselkedészavar (23,1%) előtt.</p> <p>Öngyilkos magatartású serdülőknél az ADHD nem tartozott a leggyakoribb pszichiátriai zavarok közé (5,7%).</p> |

1. táblázat folytatása. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények  
(Balázs és Keresztény, 2017).

| Hivatkozás             | Ország       | Vizsgálati elrendezés | Minta            | Minta a vizsgálat kezdetekor  | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor  | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére | Főbb eredmények   |
|------------------------|--------------|-----------------------|------------------|---|---|--|---|
| Berkol és mtsai (2014) | Török-ország | Keresztmetszeti       | Klinikai minta   | BP I vagy II diagnózisú felnőttek<br><br>1. BP diagnózisú felnőttek ADHD-val: N=23<br><br>2. BP diagnózisú felnőttek ADHD nélkül: N=32  | BP diagnózisú felnőttek ADHD-val:<br>Átlagéletkor: 35,1 év (SD=10,7)<br><br>BP diagnózisú felnőttek ADHD nélkül:<br>Átlagéletkor: 41,3 év (SD=13,0) | ADHD pontozó skála<br><br>SCID-I-CV Hangulatzavarok modulja      | Azoknál a BP betegeknél, akiknél ADHD is fennállt, szignifikánsan magasabb volt az öngyilkossági kísérletek előfordulási gyakorisága (47,8%), mint azoknál a BP betegeknél, akiknél nem állt fenn ADHD (21,9%). |
| Cheng és mtsai (2016)  | Taiwan       | Keresztmetszeti       | Populációs minta | egyetemi hallgató:<br>N=5,405 (férfiak aránya: 64,8%)<br><br>ADHD tünetek száma magasabb volt a minta 8,6%-ában (férfiak aránya: 75,1%) | Egyetemisták  | ASRS, BSRS-5   | Azoknál a személyeknél, akiknél az ADHD tünetek súlyosabb foka állt fenn, nagyobb eséllyel fordult elő öngyilkossági gondolat.  |

1. táblázat folytatása. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények  
(Balázs és Keresztény, 2017).

| Hivatkozás             | Ország  | Vizsgálati elrendezés | Minta          | Minta a vizsgálat kezdetekor   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor   | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére | Főbb eredmények   |
|------------------------|---------|-----------------------|----------------|--|--|--|---|
| Daviss és Diler (2012) | Libanon | Keresztmetszeti       | Klinikai minta | ADHD: N=101<br>(férfiak aránya: 63,4%)<br><br>1. Élettartam öngyilkos magatartás: N=28 (férfiak aránya: 42,9%)<br><br>2. Nincs élettartam öngyilkos magatartás: N=73 (férfiak aránya: 71,2%) | Korhatár: 11-18 év<br><br>Élettartam öngyilkos magatartás:<br><br>Átlagéletkor: 14,6 év (SD=2,1)<br><br>Nincs élettartam öngyilkos magatartás:<br><br>Átlagéletkor: 13,5 év (SD=1,8) | K-SADS-PL ADHD pontozó skála                                     | Az élettartam öngyilkos magatartás ADHD-s személyeknél, miután kontrolláltak korra, nemre és komorbid zavarokra, szignifikánsan együttjárt a szülő-gyermek konfliktussal, a károsodott nem-akadémiai funkcionálással és a bántalmazottsággal. A korábbi és a jelenlegi ADHD tünetek fennállása nem járt együtt az élettartam öngyilkos magatartással. |

1. táblázat folytatása. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények  
(Balázs és Keresztény, 2017).

| Hivatkozás             | Ország      | Vizsgálati elrendezés | Minta            | Minta a vizsgálat kezdetekor                                   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére  | Főbb eredmények  |
|------------------------|-------------|-----------------------|------------------|--|--|---|--|
| Donath és mtsai (2014) | Németország | Keresztmetszeti       | Populációs minta | 9. osztályos diákok:<br>N=44610<br><br>(férfiak aránya: 51,3%) | Átlagéletkor: 15,3 év<br>(SD=0,7)                | Öngyilkos magatartás:<br>Criminological Research Institute of Lower Saxony fejlesztette ki a következő itemeket:<br><br>“Próbáltál valaha komolyan öngyilkosságot megkísérelni?”<br><br>“Volt valaha öngyilkossági gondolatod?”<br><br>ADHD: Diákokat megkérdezték, hogy pszichológus vagy pszichiáter diagnosztizált-e náluk valaha ADHD-t | Az öngyilkossági kísérletnek a következő szignifikáns prediktorait találták egy modellben vizsgálva: ADHD, női nem, dohányzás, nagy ivó, lógás, migráció a családban, szülők válása és elhanyagoló szülői attitűd, míg protektív faktornak bizonyult az autoriter szülői magatartás. |

1. táblázat folytatása. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények (Balázs és Keresztény, 2017).

| Hivatkozás            | Ország      | Vizsgálati elrendezés | Minta            | Minta a vizsgálat kezdetekor   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor         | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére | Főbb eredmények  |
|-----------------------|-------------|-----------------------|------------------|--|--|--|--|
| Donev és mtsai (2011) | Németország | Keresztmetszeti       | Klinikai minta   | Szkizofrénia diagnózisú betegek: N=27 (14 férfi)<br><br>1. Nem szkizofrénia diagnózisú betegek: N=15<br><br>2. Szkizofrénia és ADHD diagnózisú betegek: N=12 | Korhatár: 18–44 év<br><br>Átlagéletkor: 25,7 év (SD=7,6) | ADHD-HKS kérdőív   | Azoknál a szkizofrén betegeknek, akiknél ADHD is fennáll, szignifikánsan magasabb az öngyilkossági kísérletek előfordulási gyakorisága, mint azoknál a szkizofrén betegeknek, akiknél nem áll fenn ADHD.                               |
| Evren és mtsai (2014) | Törökország | Keresztmetszeti       | Populációs minta | 10. osztályos diákok: N=4938<br><br>(fiúk aránya: 52,7%)   | Átlagéletkor: 15,58 év (SD=2,85)                         | PSTA   | Azoknál a személyeknél, akiknek élettartam öngyilkossági gondolatuk volt, az ADHD tünetek súlyosabb foka állt fenn, mint akiknek nem volt korábban öngyilkossági gondolatuk. Az öngyilkossági gondolatok bejósolták az ADHD tüneteket. |

1. táblázat folytatása. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények  
(Balázs és Keresztény, 2017).

| Hivatkozás              | Ország     | Vizsgálati elrendezés  | Minta            | Minta a vizsgálat kezdetekor   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére                                 | Főbb eredmények   |
|-------------------------|------------|--|------------------|--|--|--|---|
| Huntley és mtsai (2012) | UK         | Keresztmetszeti  | Klinikai minta   | Toxikológiai osztály (alkohol és pszichoaktív szer) betegek: N=226 (férfiak aránya: 76,5%).<br><br>1. Alkohol/pszichoaktív szer intoxikáció + ADHD: N=11<br><br>2. Alkohol/pszichoaktív szer intoxikáció + nincs ADHD: N=183 | Átlagéletkor: 39,0 év (SD=10,3)                  | ADHD önkítöltős 18 itemes szűrő kérdőív a Barkley skálából, DIVA                                 | Azoknál a pszichoaktív szerfüggő betegeknél, akiknél ADHD is fennáll, szignifikán magasabb az öngyilkossági kísérletek előfordulási gyakorisága, mint azoknál a pszichoaktív szerfüggő betegeknél, akiknél nem áll fenn ADHD. |
| Hurtig és mtsai (2012)  | Finnország | Longitudinális: 16 év<br>Első utánkövetés: 7,8 évesen<br>Következő utánkövetés: 15-16 évesen | Populációs minta | 1. ADHD diagnózisú serdülők: N=104<br><br>2. Nem ADHD diagnózisú serdülők: N=169   | Serdülők születési kohorszból                    | Alapfelmérsnél 8 éves korban: Rutter B2<br><br>Utánkövetésnél 15-16 éves korban: SWAN, K-SADS-PL | Azoknál a serdülőknél, akiknél fennállt ADHD, szignifikánsan gyakrabban fordult elő öngyilkossági gondolat vagy kísérletek, mint akiknél nem állt fenn ADHD.  |



1. táblázat folytatása. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények  
(Balázs és Keresztény, 2017).

| Hivatkozás                 | Ország        | Vizsgálati elrendezés | Minta            | Minta a vizsgálat kezdetekor   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor  | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére | Főbb eredmények  |
|----------------------------|---------------|-----------------------|------------------|--|---|--|--|
| Kavakci és mtsai (2012)    | Török-ország  | Keresztmetszeti       | Populációs minta | 980 egyetemista (férfiak aránya: 55,9%)<br><br>1. ADHD: N=48<br><br>2. Nincs ADHD: N=932 | Korhatár: 17-44 év<br><br>Átlagéletkor: 21,4 év (SD=2,3 év)   | ASRS<br><br>SCID I, SCID II, MINI Plusz felnőtt ADHD modulja     | Azoknál a fiataloknál, akiknél fennállt ADHD, szignifikánsan magasabb volt az élettartam öngyilkossági kísérletek száma, mint akiknél nem állt fenn ADHD.  |
| Keresztény és mtsai (2012) | Magyar-ország | Keresztmetszeti       | Klinikai minta   | 1. Gyermekek: N=168 (fiúk aránya: 87,5%)<br><br>2. Serdülők: N=43 (fiúk aránya: 62,8%)   | Gyermekek:<br>Korhatár: 3-12 év<br>Átlagéletkor: 8,23 év (SD=2,22)<br><br>Serdülők:<br>Korhatár: 13-18 év<br>Átlagéletkor: 14,65 év (SD=1,6 év)<br>fiú: 27 (62,8 %) | MINI-KID   | ADHD mellett mind gyermekeknél, mind serdülőknél a leggyakoribb komorbid zavar volt az ODD, a CD és az öngyilkos magatartás. Utóbbi ADHD diagnózisú gyermekeknél 17%-ban, serdülőknél 58%-ban állt fenn. |

1. táblázat folytatása. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények (Balázs és Keresztény, 2017).

| Hivatkozás            | Ország      | Vizsgálati elrendezés | Minta  | Minta a vizsgálat kezdetekor                                       | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére | Főbb eredmények   |
|-----------------------|-------------|-----------------------|--|--|--|--|---|
| Ljung és mtsai (2014) | Svéd-ország | Keresztmetszeti       | Beteg adatbázis és a gyógyszer felírást tartalmazó adatbázis és populációs adatbázis | 1. ADHD: N=51707 (fiúk aránya: 69,8%)<br><br>2. Kontroll: N=258535 | Korhatár: 3-40 év                                | Kiírási diagnózis ADHD   | ADHD diagnosztizált betegeknek szignifikánsan nagyobb rizikójuk volt mind az öngyilkossági kísérletre, mind a befejezett öngyilkosságra, mint a kontroll személyeknek. Ez az összefüggés fennmaradt akkor is, amikor a komorbid zavarokra korrigáltak.<br><br>Továbbá szignifikánsan nagyobb rizikójuk volt mind az öngyilkossági kísérletre, mind a befejezett öngyilkosságra azoknak, akiknek elsőfokú rokonai között előfordult öngyilkosság, mint azoknak, akiknek csak a távoli rokonaik között. |

1. táblázat folytatása. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények  
(Balázs és Keresztény, 2017).

| Hivatkozás             | Ország | Vizsgálati elrendezés | Minta                        | Minta a vizsgálat kezdetekor   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére   | Főbb eredmények  |
|------------------------|--------|-----------------------|------------------------------|--|--|--|--|
| Mayes és mtsai (2015a) | USA    | Keresztmetszeti       | Populációs és klinikai minta | <p>Pszichiátriai diagnózisú és tipikus fejlődésű gyermek és serdülő: N=1706</p> <p>1. ADHD-C: N=566 (fiúk aránya: 74,6%)</p> <p>2. ADHD-I: N=235 (fiúk aránya: 57,4%)</p> <p>3. Más pszichiátriai zavar (autizmus, depresszió/ szorongás, evészavar, értelmi képesség zavara): N=719 (fiúk aránya: 67,2%)</p> <p>4. Tipikusan fejlődők: N=186 (fiúk aránya: 43,5%)</p> | Korhatár: 6–18 év                                | <p>Minden résztvevőnek klinikai ADHD diagnózisa volt, amit egy PhD-val rendelkező pszichológus diagnosztizált. A klinikai diagnózis átfogó felmérésen alapult, ami a szülővel, a gyermekkel történő diagnosztikus interjún és szülői és pedagógus szűrőkérdőíven, az egészségügyi és iskolai dokumentációja áttekintésén és pszichológiai felmérésen alapult.</p> <p>PBS</p> | <p>Mindegyik pszichiátriai diagnózisú csoportban szignifikánsan magasabb volt az öngyilkos magatartás előfordulási gyakorisága, mint a tipikusan fejlődő csoportban.</p> <p>ADHD-C: 20,7%-nak volt öngyilkossági gondolatuk, 6,0%-nak volt öngyilkossági kísérletük.</p> <p>ADHD-I: 7,3%%-nak volt öngyilkossági gondolatuk, 2,6%-nak volt öngyilkossági kísérletük.</p> |

1. táblázat folytatása. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények  
(Balázs és Keresztény, 2017).

| Hivatkozás             | Ország | Vizsgálati elrendezés | Minta          | Minta a vizsgálat kezdetekor   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor       | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére   | Főbb eredmények  |
|------------------------|--------|-----------------------|----------------|--|--|--|--|
| Mayes és mtsai (2015b) | USA    | Keresztmetszeti       | Klinikai minta | ADHD diagnózisú gyermekek és serdülők: N=925<br><br>(fiúk aránya: 68,5%)<br><br>1. ADHD-C: N=666<br><br>2. ADHD-I: N=259 | Korhatár: 3-16 év<br><br>Átlagéletkor: 8,8 év (SD=2,6) | Minden résztvevőnek klinikai ADHD diagnózisa volt, amit egy PhD-val rendelkező pszichológus diagnosztizált. A klinikai diagnózis átfogó felmérésen alapult, ami a szülővel, a gyermekkel történő diagnosztikus interjún és szülői és pedagógus szűrőkérdőíven, az egészségügyi és iskolai dokumentációja áttekintésén és pszichológiai felmérésen alapult.<br><br>PBS – öngyilkossági gondolatokra és kísérletre vonatkozó iteme | ADHD diagnózisú gyermekek és serdülők 15,8%-nál fordult elő öngyilkossági gondolat és 5,5 %-nak volt öngyilkossági kísérlete.<br><br>Az öngyilkossági gondolatok és kísérletek előfordulási gyakorisága több mint kétszeres volt az ADHD-C csoportban, mint az ADHD-I csoportban.<br><br>ADHD-C: 19%-nál fordult elő öngyilkossági gondolat, 7%-nak volt öngyilkossági kísérlete.<br><br>ADHD-I: 7%-nál fordult elő öngyilkossági gondolat, 3%-nak volt öngyilkossági kísérlete.<br><br>Azok közül, akiknél “csak” ADHD állt fenn: 6%-nál fordult elő öngyilkossági gondolat, és 2%-nak volt öngyilkossági kísérlete.<br><br>Azok közül, akiknél ADHD + komorbid szomorúság vagy ODD állt fenn, 46%-nál fordult elő öngyilkossági gondolat, és 21%-nak volt öngyilkossági kísérlete. |

1. táblázat folytatása. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények  
(Balázs és Keresztény, 2017).

| Hivatkozás             | Ország    | Vizsgálati elrendezés | Minta            | Minta a vizsgálat kezdetekor   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor            | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére  | Főbb eredmények  |
|------------------------|-----------|-----------------------|------------------|--|---|---|--|
| Park és mtsai (2011)   | Dél-Korea | Keresztmetszeti       | Populációs minta | 1. Nincs ADHD diagnózis: N=6012<br>2. ADHD diagnózisú csoport: N=69  | Korhatár: 18-59 év  | K-CIDI<br>Felnőtt ADHD Önkitöltős Skála   | A felnőtt ADHD tünetei szignifikánsan együttjártak az élettartam öngyilkos magatartással. De ez az asszociáció eltűnt, amikor a komorbid zavarokra korrigáltak.  |
| Patros és mtsai (2013) | USA       | Keresztmetszeti       | Populációs minta | Egyetemisták:<br>N=1056<br>(fiúk aránya: 38,5%)  | Korhatár: 18–24 év  | CSS,<br>HDSQ  | Azoknál a vizsgálati személyeknél, akiknél depresszió állt fenn, a figyelemhiány/hiperaktivitás tünetek magasabb szintje gyakoribb öngyilkossági gondolattal és kísérlettel járt együtt.   |
| Penney és mtsai (2012) | Kanada    | Keresztmetszeti       | Klinikai minta   | Akik addiktológiaián ellátást kértek:<br>N=5990 (férfi: 63,1%).<br>1. Fentiek közül, akiknek a megelőző évben volt öngyilkossági kísérletük: N=76<br>2. Összes többi személy: N=5914 | Korhatár: 11-86 év<br><br>Átlagéletkor: 32,60 év (SD=14,55) | Vizsgálati személyeket kérdeztek meg, hogy az elmúlt évben, illetve valaha felállítottak-e náluk bármilyen pszichiátriai zavar diagnózisát. | Az addiktológiai intézményben ellátást kérők közül, akiknek a megelőző évben volt öngyilkossági kísérlete, nagyobb valószínűséggel állt fenn ADHD, mint akiknek nem volt az elmúlt évben öngyilkossági kísérletük (9,2% vs. 2,5%). |

1. táblázat folytatása. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények (Balázs és Keresztény, 2017).

| Hivatkozás                   | Ország        | Vizsgálati elrendezés | Minta          | Minta a vizsgálat kezdetekor  | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor   | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére                | Főbb eredmények   |
|------------------------------|---------------|-----------------------|----------------|---|--|---|---|
| Sáez-Francas és mtsai (2012) | Spanyolország | Keresztmetszeti       | Klinikai minta | <p>Krónikus fáradtság szindróma diagnózisú felnőtt betegek: N=158</p> <p>1. Krónikus fáradtság szindróma diagnózisú betegek, akiknél ADHD fennáll: N=33 (férfiak aránya: 3,0%)</p> <p>2. Krónikus fáradtság szindróma diagnózisú felnőtt betegek, akiknél nem áll fenn ADHD: N=125 (férfiak aránya: 6,4%)</p> | <p>Krónikus fáradtság szindróma diagnózisú betegek, akiknél ADHD fennáll: Átlagéletkor: 47,55 év (SD=7,99)</p> <p>Krónikus fáradtság szindróma diagnózisú felnőtt betegek, akiknél nem áll fenn ADHD: Átlagéletkor: 48,60 év (SD=8,88)</p> | <p>CAADID</p> <p>Öngyilkossági rizikó: Plutchick Öngyilkossági Rizikó Skála</p> | <p>Azoknál a krónikus fáradtság szindróma diagnózisú felnőtt betegeknek, akiknél ADHD is fennáll, szignifikánsan magasabb az öngyilkossági rizikó, mint azoknál a krónikus fáradtság szindróma diagnózisú betegeknek, akiknél nem állt fenn ADHD.</p> |

1. táblázat folytatása. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények  
(Balázs és Keresztény, 2017).

| Hivatkozás              | Ország     | Vizsgálati elrendezés   | Minta                        | Minta a vizsgálat kezdetekor  | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére  | Főbb eredmények  |
|-------------------------|------------|---|------------------------------|---|--|---|--|
| Soole és mtsai (2014)   | Ausztrália | Keresztmetszeti   | Populációs minta             | 2004 -2012 között 496 halálesetből a Queensland Child Death Register gyermekek/ serdülők adatbázisából 149 öngyilkosságot dokumentáltak:<br><br>10–14 éveseknél: N=34<br><br>15–17 éveseknél: N=115 | Korhatár: 10-17 év                               | Halál okát BNO-10 szerint kategorizálták  | Azon gyermekek körében, akik öngyilkosság miatt haltak meg, 50%-ban állt fenn mentális zavar, serdülők körében pedig 57,3%-ban.<br><br>Az ADHD gyakoribb volt öngyilkosságban meghalt gyermekeknél, mint serdülőknél.<br><br>Hangulatzavar gyakoribb volt öngyilkosságban meghalt serdülőknél, mint gyermekeknél.                                |
| Swanson és mtsai (2014) | USA        | Longitudinális: 10 év<br>Első utánkövetés: 5 év múlva<br>Második utánkövetés: 10 év múlva | Populációs és klinikai minta | 1. ADHD diagnózisú lány: N=140<br><br>2. nincs ADHD diagnózis - lány: N=88  | Kor: 6-12 év vizsgálatba bevételkor              | Alapfelmérés: DISC-IV<br>Első utánkövetés: SNAP-IV,<br>Második utánkövetés: SIQ<br>Barkley Öngyilkosság Kérdőív<br>DISC-IV-YA | Azoknál a nőknél, akiknél gyermekkori ADHD-C diagnózis állt fenn, szignifikánsan magasabb volt az öngyilkossági kísérletek aránya, mint azoknál a nőknél, akiknél ADHD-I állt fenn, illetve a kontrollcsoportnál.<br><br>Azoknál a nőknél, akiknél folyamatosan fennállt az ADHD, szign. nagyobb volt az öngyilkossági rizikó, mint akiknél nem. |

1. táblázat folytatása. Az ADHD és a szuicidalitás témájában 2011 január 01. és 2015 január 27. között megjelent közlemények  
(Balázs és Keresztény, 2017).

| Hivatkozás              | Ország    | Vizsgálati elrendezés | Minta            | Minta a vizsgálat kezdetekor  | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor           | Eszközök az ADHD, a komorbid zavarok és az öngyilkosság mérésére | Főbb eredmények  |
|-------------------------|-----------|-----------------------|------------------|---|--|--|--|
| Taylor és mtsai (2014)  | Új-Zéland | Keresztmetszeti       | Populációs minta | 66 felnőtt (43 férfi)<br><br>1. ADHD: N=35 (férfiak aránya: 65,7%)<br><br>2. Non-ADHD: N=31 (férfiak aránya: 64,5%) | Korhatár: 18–65 év<br><br>Átlagéletkor: 31,9 év (SD = 1,6) | CAARS<br><br>DSHI<br><br>SCID-I (öngyilkosság)<br><br>CAADID     | Szignifikáns együttjárást találtak az ADHD tünetek súlyossága és az öngyilkossági gondolatok és kísérletek között. Ezt a kapcsolatot mediálták a komorbid pszichiátriai zavarok (hangulatzavar, szorongásos zavar, alkohol abúzus).                          |
| van Eck és mtsai (2015) | USA       | Keresztmetszeti       | Populációs minta | Pszichológia egyetemi hallgatók:<br><br>N = 627<br><br>(fiúk aránya: 40%)   | Átlagéletkor: 20,23 év (SD = 1,40)                         | CSS<br><br>BSI   | ADHD a depresszión keresztül, indirekten növelte az öngyilkossági gondolatok rizikóját.<br><br>Az ADHD öngyilkossági gondolatok növelő hatásában moderáló faktornak bizonyult a negatív érzések elfogadásának a hiánya és az érzések tudatosításának hiánya. |



ACDS: Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale, ADHD pontozó skála: Adult ADD/ADHD DSM-IV-Based Diagnostic Screening and Rating Scale, ADHD-C: ADHD kombinált megjelenési forma (ADHD combined type), ADHD-HKS: Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar – Hiperaktivitás szindróma (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder - Hyperkinetic syndrome), ADHD-I ADHD túlnyomórészt figyelemhiányos megjelenési forma (ADHD inattentive type), ASRS: Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Szűrőteszt (Adult Self-Report Scale), BDI: Beck Depresszió Kérdőív (Beck Depression Inventory), BSI: Rövid Tünet Skála (Brief Symptom Inventory), BSRS-5: Rövid Pszichiátriai Becslőskála (Brief Symptoms Rating Scale), CAADID: Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV, CAARS: Conners-féle felnőtt ADHD pontozó skála (Conners' Adult ADHD Rating Scale), CIDI: Composite International Diagnostic Interview, CSS: Current Symptoms Scale–Self-Report Form, DIVA: Diagnosztikus Interjú a Felnőttkori ADHD Felmérésére (Diagnostic Interview for ADHD in Adults, DIS-IV: the Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV, DISC-IV: The Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC–IV–YA: Diagnostic Interview Schedule for Children 4th ed., Young Adult version, DSHI: Szándékos Önsértés Kérdőív (Deliberate Self-Harm Inventory), EuroADAD: Serdülőkori Problémák Európai Értékelő Interjúja (European Version of the Adolescent Assessment Dialogue), HDSQ: Hopelessness Depression Symptom Questionnaire-Suicidality Subscale, K-CIDI: Composite International Diagnostic Interview koreai változata (Korean version of Composite International Diagnostic Interview), K-SADS-PL: Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children–Present and Lifetime Version, MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI-KID: Mini International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents, PBS: Pediatric Behavior Scale, PSTA: Psychological Screening Test for Adolescents, Rutter B2: Rutter's Behaviour Scale for Children (Teacher's Scale), , SCID-I-CV: Strukturált klinikai interjú a DSM-IV I. tengely zavarainak felmérésére, klinikai változat (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version), SCID-II: Strukturált Klinikai Interjú a DSM-IV második tengelyén található személyiségzavarok felmérésére (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders, SIQ: Self-Injury Questionnaire, SNAP-IV: Swanson, Nolan and Pelham Rating Scale 4th ed, SWAN: Strengths and Weaknesses of ADHD symptoms and Normal Behavior

## 2.6. A nem-szuicidális önsértés

Önsértő viselkedésnek azt nevezzük, amikor a személy közvetlenül és szándékosan okoz saját magának sérüléseket (Nock, 2010). Az irodalmat olvasva számos kifejezést találunk, melyet a kutatók az önsértő viselkedésre használnak. Áttekintő tanulmányunkban - mely az externalizáló pszichopatológia és az önsértés kapcsolatát vizsgálja, 35 angol nyelven megjelent közleményben 11 különböző kifejezést találtunk az önsértés jelenségére (2. táblázat) (Mészáros és mtsai, 2017a). Hasonló terminológiai „sokszínűségről” számoltak be Bentley és munkatársai (2015) az internalizáló zavarok és önsértés kapcsolatát vizsgáló szisztematikus áttekintő tanulmányukban. Mindezek alapján a legelterjedtebb szakkifejezés a jelenség leírására a „nem-szuicidális önsértés” (non-suicidal self-injury, NSSI), mely a nem öngyilkossági szándékot már a nevében is hordozza. Továbbá az NSSI-nek van az önsértésre használt kifejezések közül a legegységértelműbb definíciója, ami az ‘International Society for the Study of Self-injury’ (ISSS) javaslatán (Lewis és Plener, 2015) alapul és mint ahogy később leírom, a DSM-5-be is bekerült (American Psychiatric Association, 2013). Az NSSI-vel szemben az egyik legkevésbé egyértelmű terminológia a területen a „szándékos önsértés” (deliberate self harm, DSH), egyes szerzők csak a nem-szuicidális szándékú önsértést sorolják ide (Cerutti és mtsai, 2011; Hurtig és mtsai, 2012; Izutsu és mtsai, 2006; Taylor és mtsai, 2014), míg mások mind a nem-öngyilkossági, mind az öngyilkossági szándékkal történt, nem-fatalis kimenetű önsértést is DSH-nak nevezik (Jacobson és mtsai, 2008; Vaughn és mtsai, 2015). A mérgezéses módszerrel elkövetett önsértést a legtöbb szerző nem sorolja a DSH definíciójába (Cerutti és mtsai, 2011; Hurtig és mtsai, 2012; Izutsu és mtsai 2006; Taylor és mtsai, 2014; Vaughn és mtsai, 2015), de pl. Jacobson és munkatársai (2008) erre is a DSH kifejezést használják a fizikai önsértés mellett. Érdekes, hogy az irodalomban megjelenik a szándékos önmérgezés (deliberate self poisoning, DSP), mint önálló önsértési forma és az erre alkotott terminológia is (Aglan és mtsai, 2008; Chou és mtsai, 2014). Szintén többféle, egymásnak ellentmondó definíciót találunk az „önsértő magatartás” (self injurious behaviour, SIB) kifejezésre az irodalomban, ugyanis ezt is használják a szerzők mind az öngyilkossági (Nock és mtsai, 2006), mind a nem-öngyilkossági szándékú önsértésre is, de a DSH-mal szemben, egyik esetben sem sorolják ide az önmérgezést (Kirkcaldy és mtsai, 2006; McCloskey és mtsai, 2008; Semiz és mtsai, 2008).

Az önsértésre használt kifejezések közül az NSSI fogalma, mint ahogy fentebb említettem, az öngyilkos magatartás zavarhoz hasonlóan, bekerült a DSM-5 „További

kutatás igénylő állapotok” fejezetébe (American Psychiatric Association, 2013), ezzel is hangsúlyozva a szakemberek számára a jelenség ismeretének és felismerésének fontosságát. A diagnózis akkor állítható fel a DSM-5 szerint, ha az illető személy az elmúlt évben öt vagy több napon szándékosan kárt tett magában. A DSM-5 ezen kritériuma hangsúlyozza, hogy a személy csak maximum közepes mértékű fizikai károsodást okoz magában. Ezzel igyekszik kizárni a DSM-5 ezen kategóriája az öngyilkossági szándékot. További kritérium, hogy az illető személy azért csinálja az önsértést, hogy megszabaduljon valamilyen rossz érzéstől, és/vagy azért, hogy valamilyen interperszonális nehézsége megoldódjon. Mindezekon túl a DSM-5 a következők közül egy kritérium fennállását megkívánja: az önsértést közvetlenül megelőzően az illető személynek valamilyen rossz érzése és/vagy interperszonális nehézsége volt, és/vagy az önsértés terve lekötötte az illető személyt és/vagy a személy gyakran gondolt az önsértésre. Kritériumként hangsúlyozza a DSM-5 azt is, hogy az önsértés módja szociálisan nem elfogadott, tehát nem tetoválás vagy vallási rítus részeként történt. Ennél a tünetegyüttesnél is kritérium a DSM-5 többi kórképéhez hasonlóan a diagnózis felállításához, hogy jelentős szenvedést és/vagy funkciókárosodást okozzanak (American Psychiatric Association, 2013).

Értekezésemben az önsértésről bemutatott vizsgálatunkban az NSSI fogalmat használok (ld. 3.3. és 4.3. és 5.3. és 6.3. fejezet).

A DSM-5 felhívja a figyelmet arra, hogy fontos az NSSI elkülönítése az öngyilkos magatartástól, a pszichotikus epizódtól, az autizmus spektrum zavartól, a trichotillomániától, a patológiás bőrtépkedéstől és a sztereotip önsértéstől (American Psychiatric Association, 2013).

Fontos kitérni az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatára. Mint ahogy mind az NSSI, mind az öngyilkos magatartás kritériumrendszere kizárja a másik jelenséget - és ez az NSSI nevében benne is foglaltatik – eltérő, azonban nem független jelenségekről van szó. Eddigi vizsgálatok alapján együttjárásuk kb. 50% normál populációban és kb. 70% klinikai mintán (Csorba és mtsai, 2009; Klonsky, 2007).

Az NSSI leggyakoribb formája a vágás, de ismert az égetés, sebek gyógyulásának akadályozása, szurkálás, ütögetés, karmolás, karcolás és erős dörzsölés is (Csorba és mtsai, 2009).

Az önsértés funkciója nagyon gyakran az, hogy a személy valamilyen rossz érzéstől, a pillanatnyi elviselhetetlen szenvedéstől szeretne megszabadulni, ugyanis az önsértő személy a tettet megelőzően általában egy elviselhetetlen feszültséggel teli lelki

állapotba kerül (Briere és Gil, 1998). Klonsky (2007) áttekintő tanulmánya is az NSSI érzelmszabályozás funkcióját emeli ki: leírta, hogy az önsértést hirtelen fellépő negatív érzelmi állapot előzi meg, mely az önsértés után csökken és megkönnyebbülés jelenik meg. Továbbá a fájdalomérzettel összekapcsolódik az endogén opioid rendszer aktiválódása is, ami a sérülések utáni fájdalomérzet csökkentését szolgálja, és ez vezethet a „megkönnyebbüléshez”, az illető belső feszültségének csökkenéséhez. Mint ahogy szakembereknek és laikusoknak is szánt összefoglalónkban leírtuk, a hozzánk forduló kamaszok nagyon sokszor szokták ezt úgy megfogalmazni, hogy „akkor legalább a fájdalmat érzem, még az is elviselhetőbb, mint a lelki fájdalom” (Mészáros és mtsai, 2017a). Mindezek alapján a legtöbb önsértő a negatív érzelmi állapot megszüntetése iránti vágyat emeli ki az önsértés okaként. Ebben az esetben azonban a „valódi” problémamegoldás elmarad, és az is gyakran előfordul, ha ez válik az illető személy „rutin” feszültségcsökkentő eszközévé, és már egyre kisebb feszültségkeltő eseményekre is így reagál. Az önsértés további feladataként említik az önbüntető funkciót, az interperszonális befolyásolás gyakorlását, az élménykeresést is (Klonsky, 2007).

Az NSSI előfordulási gyakoriságának növekedését figyelték meg a 2000-es évek elején, majd a 2010-es évektől a jelenlegi magas szinten stagnál (Mészáros és mtsai, 2017b). Az NSSI jellegzetesen serdülőkorban kezdődő jelenség (Csorba és mtsai, 2009): élettartam prevalenciája 15-46% ebben az életkorban (Brunner és mtsai, 2014; Nock, 2010), míg felnőtteknél 4% (Briere és Gil, 1998). Ennek magyarázata érdekes kérdéseket vet fel: vajon az elmúlt években nőtt meg az NSSI előfordulási gyakorisága, vagy a felnőttek kevésbé emlékeznek/számolnak be korábbi NSSI-ről (Horváth és mtsai, 2015). Az NSSI prevalenciája két-háromszor akkora lányoknál, mint fiúk körében (Csorba és mtsai, 2009). Klinikai serdülő mintán az NSSI prevalenciáját serdülők körében jóval magasabbnak, 40-80%-nak találták. Hazai adatok, mind közösségi (7-17%) - ennek a nemzetközi vizsgálatnak a hazai centrumvezetője voltam (ld. 4.5., 4.6. fejezet), - mind klinikai (25%) serdülő populációban alacsonyabb értéket mutatnak, mint a nemzetközi adatok (Brunner és mtsai, 2014; Csorba és mtsai, 2010). A hazai serdülő közösségi populáción végzett kutatás eredményei alapján az önsértés élettartam prevalenciája a lányoknál 19%, míg a fiúknál 14,4% (Brunner és mtsai, 2014). Fontos, hogy ebből a vizsgálatból nem zártuk ki az öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértést.

A fentebb leírt epidemiológiai adatok a DSM-5 NSSI-re kidolgozott kritériumrendszere előtt születtek. Kiekens és munkatársainak (2018a) egyetemista populációt vizsgálva az NSSI DSM-5 kritériuma szerinti 12-hónapos prevalenciáját 0,8%-nak találták. Korábbi adatokkal megegyezően, lányoknál gyakrabban fordult elő (1,1%), mint fiúknál (0,4%).

Továbbá megfordítva vizsgálva az adatokat: olyan serdülőknél, akiknél NSSI szerepel az anamnézisükben, többmint 85%-ban fennáll pszichiátriai betegség, ami lehet mind internalizációs (Bentley és mtsai, 2015), mind externalizációs zavar (Mészáros és mtsai, 2017a; Nock és mtsai, 2006). Felnőttkorban az előbbieken túl a borderline személyiségzavarral való együttjárását fontos kiemelni (Nock és mtsai, 2006).

Bentley és munkatársai (2015) metaanalízisükben az NSSI és az internalizáló zavarok kapcsolatának vizsgálatakor azt találták, hogy mindegyik internalizáló zavar fennállása növeli az esélyt az NSSI előfordulására, kivéve a bipoláris zavar és a szociális szorongásos zavar. Legerősebb asszociációt a pánik zavar és a poszttraumás stressz zavar és az NSSI között találtak.

Doktori hallgatóimmal végzett szisztematikus áttekintő tanulmányunkban az NSSI és az externalizáló zavarok összefüggéseit tekintettük át 2016. december 31-ig 5 adatbázis (PubMed, OVID Medline, OVID PsycINFO, Scopus, Web of Science) segítségével, két keresőszó csoportra (1. nonsuicidal self-injury, non-suicidal self-injury, NSSI, self-injurious behaviour, SIB, deliberate self-harm, DSH, self-injury; 2. externalizing disorder, attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, conduct disorder, CD, oppositional defiant disorder, OD, ODD) rákeresve (Mészáros és mtsai, 2017a). Ezek alapján összesen 35 közlemény került be az áttekintő tanulmányunkba, melyek mind alátámasztják, hogy az externalizáló pszichopatológia szoros együttjárást mutat az NSSI-vel, továbbá, hogy az externalizáló tüneteket mérő skálán elért magasabb pontszám az önsértést felmérő kérdőíveken magasabb pontszámmal jár együtt (Mészáros és mtsai, 2017a). A 2. táblázat bemutatja az önsértés és az externalizáló pszichopatológia kapcsolatának szisztematikus áttekintését.

2. táblázat. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás              | Ország          | Vizsgálati elrendezés   | Minta   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Vizsgált személyek száma            | Önsértés neve (eredeti angol) | Szucid / nem-szucid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények  | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata   |
|-------------------------|-----------------|---|---|--|-------------------------------------|-------------------------------|---|--|--|
| Aglan és mtsai (2008)   | UK              | Utánkövetés;<br>Kiindulás + Családi intervenció 6 hónapos utánkövetés | Klinikai minta: önmérgezők                                      | M=14,5 év (SD=1,1)                               | Kiindulás: N=158; Utánkövetés N=126 | DSP                           | Nem   | Ismétlődő DSH fő rizikófaktor a MDD. Felnőttkori nehézségekre (köztük a DSH-ra) hatnak egyéb rizikófaktorok is, pl. gyermekkori szexuális abúzus, serdülőkori reménytelenség és a CD.  | A modelljükben a CD a DSH ismétlésének rizikófaktor a felnőttkorban. Korrelációs együttható: 0,17.   |
| Bacskai és mtsai (2012) | Magyar - ország | Keresztmetszeti   | Klinikai minta: szerhasználók ADHD-dal és ADHD diagnózis nélkül | M=27,0 év (SD=6,3)                               | N=210                               | self-injury                   | Igen  | Legmagasabb agresszív tendenciát az ADHD csoport mutat. ADHD-s betegeknel magasabb volt: depresszió, szuicidalitás, önsértés szintje.  | A fizikai önsértés prevalenciája szignifikánsan magasabb az ADHD-s, mint a nem ADHD-s szerfüggők betegek között ( $X^2=25,2$ ; $p<0,0001$ ).   |
| Carli és mtsai (2010)   | Olaszország     | Keresztmetszeti   | Börtön populáció  | N.A.   | N=1265                              | self-mutilation               | Igen  | Magas impulzivitást mutató résztvevők körében gyakoribb: pszichoticizmus, extraverzió, ellenségesség, reziliencia-képesség. Öncsonkítás és pszichoaktív szerhasználati zavarok gyakoribbak ebben a csoportban, míg a szuicidalitásban nem volt különbség a csoportok között. | A magas impulzivitású csoportban az alacsony impulzivitásúhoz képest szignifikánsan magasabb az öncsonkítás prevalenciája ( $X^2=9,27$ ; $p=0,001$ ), míg a szuicidalitás szintében nincs különbség. |

2. táblázat. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás              | Ország      | Vizsgálati elrendezés            | Minta   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor                    | Vizsgált személyek száma | Önsértés neve (eredeti angol) | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények  | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata  |
|-------------------------|-------------|----------------------------------|---|---|--------------------------|-------------------------------|---|--|---|
| Cerutti és mtsai (2011) | Olaszország | Keresztmetszeti                  | Populációs minta  | Korhatár: 13-22 év; M=1,47 év (SD=1,7)                              | N=234                    | DSH                           | Igen  | Minden vizsgált pszichopatológia között találtak korrelációt: CD, ODD, BPD, disszociatív tünetek. DSH és stresszkelő életesemények között szintén találtak korrelációt.  | Erős korreláció mutatkozott a DSH és a CD/ODD között (korrelációs együttható: ODD: 0,39; CD: 0,41; $p<0,01$ ). A DSH és a CD, valamint a DSH és az ODD korrelációjának szintje között nem volt különbség. |
| Chou és mtsai (2014)    | Taiwan      | Retrospektív: 3 éves intervallum | Taiwanian National Healthcare Insurance adatbázisa: ADHD dg-sú betegek, illesztett kontroll | Korhatár: <18 év; ADHD: M=8,5 év(SD=3,0) Kontroll: M=8,4 év(SD=3,0) | N=3685; N=36850          | DSP                           | Nem   | NSSI csoport 50%-nál 1/több, 36%-nál 4/több alkalommal alkalommal DSP. Nem-önsértő csoportban a rizikófaktorok legalacsonyabb, protektív faktorok legmagasabb szintje. NSSI csoportban az öngyilkosságot megkísérlők csoportjához képest kevesebb depressziós tünet, szuicid ideáció, ill. magasabb önértékelés és szülői támogatás. | DSP előfordulása szignifikánsan magasabb volt az ADHD csoportban, mint a kontroll csoportban. Adjusted hazard ratio: 4,65 (95% CI: 2,41-8,94); $p<0,05$ .   |

2. táblázat. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás              | Ország | Vizsgálati elrendezés | Minta   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor  | Vizsgált személyek száma | Önsértés neve (eredeti angol) | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények   | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata  |
|-------------------------|--------|-----------------------|---|---|--------------------------|-------------------------------|---|---|---|
| Crowell és mtsai (2005) | USA    | Keresztmetszeti       | Klinikai minta: „parasuicide” serdülők, illesztett kontroll   | Korhatár: 14-18 év; M=15,3 év (SD=1,1)  | N=46 (N=23 + N=23)       | Parasuicide                   | Nem   | Azoknál a serdülőknél, ahol előfordult paraszuicidum, csökken RSA-t figyeltek meg baseline méréseknél, és magasabb RSA reaktivitást a negatív hangulat indukció során. Az EDR és a PEP tekintetében nem volt különbség.                         | A paraszuicidum csoportban szignifikánsan több volt az externalizáló tünet, mint a kontroll csoportban. A szülői értékelés alapján: F=39,3; önbeszámoló alapján: F=26,6; tanári értékelés alapján: F=17,2; p<0,001. |
| Crowell és mtsai (2012) | USA    | Keresztmetszeti       | Klinikai minta (2 csoport): Önsértők, Depressziósok, Kontroll | Korhatár: 13-17 év; Önsértők: M=16,3 év (SD=1,0); Depressziósok: M=15,4 év (SD=1,4); Kontroll: M=16,1 év (SD=1,3) | N=75 (25 + 25 + 25)      | self-inflicted injury (SII)   | Igen  | SII csoport értékei magasabbak, mint az externalizáló tünetek, mind az érzelmi diszreguláció tekintetében, és több csökkent EDR volt náluk, mint a depressziósoknál. Az önsértőknél a borderline patológia tekintetében is magasabb pontszámok. | Szignifikánsan több externalizáló tünet volt az önsértő csoportban, mint a kontroll vagy a depressziós csoportban. Szülői értékelés alapján: F=23,7; önbeszámoló alapján: F=34,5; p<0,001.                          |



2. táblázat. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás            | Ország      | Vizsgálati elrendezés | Minta                   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Vizsgált személyek száma | Önsértés neve (eredeti angol) | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények   | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata  |
|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------------------|--|--------------------------|-------------------------------|---|---|---|
| Darke és Torok (2013) | Ausztrália  | Keresztmetszeti       | Inravénás droghasználók | Korhatár: 21-62 év; M=37,1 év (SD=7,9)           | N=300                    | non-suicidal self-harm        | Igen  | 74,3% számolt be gyermekkori fizikai abúzusról. Nem-szuicidális önkárosítás független korrelátumai: női nem, otthon kerülése konfliktus miatt, kiterjedtebb polidrog-szerhasználat. Öngyilkossági kísérlet független korrelátumai voltak: súlyos gyermekkori fizikai abúzus, otthon kerülése konfliktus miatt, női nem, CD, polidrog-szerhasználat. | Az önsértő, szerabúzusban érintett betegek között a nem önsértőkhöz képest nem volt szignifikánsan több CD tünet. OR: 1,74 (95% CI: 0,97-3,14); nem szignifikáns. |
| Evren és mtsai (2014) | Törökország | Keresztmetszeti       | Populációs minta        | M=16,7 év (SD=6,4)                               | N=4938                   | self-harm                     | Igen  | ADHD tünet pontszámok magasabbak azoknál a nőknél és serdülőknél, akik dohányt, alkoholt/drogokat használtak, életük során előfordult önsértő viselkedés és öngyilkossági gondolatok. ADHD tünet pontszám korrelált a depresszió, szorongás, düh és élménykeresés pontszámokkal,  | Az ADHD pontszámok szignifikánsan magasabbak voltak az önsértő csoportban a nem önsértő csoporthoz képest ( $t=-15,38$ ; $p<0,001$ ).                             |

2. táblázat. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás               | Ország | Vizsgálati elrendezés | Minta                            | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor                     | Vizsgált személyek száma | Önsértés neve (eredeti angol) | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények   | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata   |
|--------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------|---|---|--|
| Feingold és mtsai (2014) | Izrael | Keresztmetszeti       | Általános kórházi klinikai minta | M=15,8 év (SD=4,3)   | N=238                    | self-injury                   | Igen  | Alkohol-abúzusban érintetteknél a nem érintettekhez képest gyakoribb az öngyilkossági kísérlete, önsértő cselekedet, figyelemhiányos és diszruptív viselkedési zavar, bűncselekmények elkövetése és pszichoaktív szerhasználat. | Szignifikáns különbség volt az önsértő magatartás tekintetében az alkoholabúzusban érintettek és nem érintettek között ( $X^2=7,61$ ; $p<0,05$ ). Az externalizáló patológia szintén gyakoribb volt az alkoholabúzusban érintett csoportban ( $X^2=6,29$ ; $p<0,05$ ). |
| Fulwiler és mtsai (1997) | USA    | Keresztmetszeti       | Börtön populáció                 | Öncsonkítók : M=30; SD=7.2; Öngyilkosságot megkísérlők: M=34; SD=7,3 | N=31                     | self-mutilation               | Igen  | Öngyilkosságot megkísérlők gyakran érintettek felnőttkori affektív zavarban. Öncsonkítóknál gyakrabban fordult elő gyermekkori hiperaktivitás és gyermek/kora serdülőkorban induló kevert disztímia és szorongás.               | A gyermekkori ADHD összefüggést mutatott az öncsonkítással felnőtt börtön populációban ( $X^2=15,5$ ; $p=0,00008$ ).   |

2. táblázat. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás                   | Ország        | Vizsgálati elrendezés | Minta                                      | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor                          | Vizsgált személyek száma     | Önsértés neve (eredeti angol)   | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények  | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata  |
|------------------------------|---------------|-----------------------|--|---|------------------------------|---|---|--|---|
| Garcia-Nieto és mtsai (2014) | Spanyolország | Keresztmetszeti       | Klinikai minta, akik önsértést követtek el | M=43,3 év (SD=10,3)   | N=150                        | suicide attempt, suicide gesture (NSSI+ suicide attempt to communicate with others) | Igen  | Azoknál, akiknél öngyilkos gesztusok jelentkeztek, nagyobb eséllyel volt személyiségzavar (hisztionikus és antiszociális). A nárcisztikus személyiségzavar az öngyilkossági kísérletnek, a BPD pedig mindkettőnek rizikófaktor volt. Magas impulzivitás összefüggést mutatott az öngyilkossággal. Az öngyilkossági kísérlet és az öngyilkos gesztusok két elkülönülő jelenség. | Az antiszociális személyiségzavar az öngyilkos gesztusok rizikófaktor. OT: 2,28 (CI 95%: 1,12-4,64); $p<0,05$ .   |
| Gatta és mtsai (2016)        | Olaszország   | Eset-kontroll         | Klinikai minta: NSSI Kontroll              | Korhatár: 12-17 év; NSSI M=15,0 év (SD=1,4); Kontroll: M=15,4 év (SD=1,2) | NSSI: N=33<br>Kontroll: N=88 | NSSI  | Igen  | A kérdőíveken elért pszichológiai pontszámok szignifikánsan magasabbak az NSSI csoportban, mint kontroll csoportban. Rendszeres önsértőknél magasabb impulzivitás és alexitímia, mint az alkalmi önsértőknél.  | Az NSSI-ben érintettek magasabb externalizáló problémák pontszámot értek el a CBCL ( $Z=6,42$ ; $p<0,05$ ) és a Youth Self-Report (YSR; $Z=4,57$ ; $p<0,05$ ) kérdőíven, mint a kontroll csoport. |

2. táblázat. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás                 | Ország | Vizsgálati elrendezés                    | Minta   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Vizsgált személyek száma                  | Önsértés neve (eredeti angol) | Szucid / nem-szucid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények  | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata  |
|----------------------------|--------|--|---|--|---|-------------------------------|---|--|---|
| Guendelman és mtsai (2016) | USA    | Longitudinális: 5 és 10 éves utánkövetés | Klinikai minta: ADHD dg-ú lányok Kontroll                           | M=9,6 év (SD=1,7)                                | ADHD dg-ú lányok: N=140<br>Kontroll: N=88 | NSSI                          | Igen  | A bántalmazott résztvevők mind az ADHD-val diagnosztizált lányok csoportjában, mind a kontroll csoportban szignifikánsan nagyobb károsodást mutattak az öngyilkossági kísérlet, internalizáló zavarok és evészavarok tüneteit, illetve a jóllétüket illetően, mint a nem bántalmazottak. | Nem volt szignifikáns különbség az NSSI tekintetében a bántalmazott és a nem bántalmazott résztvevők között ADHD-val diagnosztizált lányok csoportjában és a kontroll csoportban. OR: 1.19 (CI 95%: 0.78-1.80); nem szignifikáns. |
| Guertin és mtsai (2001)    | USA    | Keresztmetszeti                          | Klinikai minta: Öngyilkossági kísérletet elkövetett kórházi betegek | Korhatár: 12-18 év; M=15,1 év (SD=1,5)           | N=95                                      | self-mutilation               | Igen  | Az öncsonkító (+ öngyilkosságot megkísérelt) csoportban gyakrabban fordult elő ODD, MDD és disztímia diagnózis, illetve magasabb értékeket értek el a reménytelenség, düh, kockázattvállalás, meggondolatlan viselkedés és alkoholfogyasztás skálán.                                     | Az ODD szignifikánsan gyakrabban fordult elő az öncsonkítás+ öngyilkossági kísérlet csoportban, mint a csak öngyilkossági kísérlet csoportban ( $X^2=3,91$ ; $p<0,05$ ).  |

1. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás              | Ország     | Vizsgálati elrendezés               | Minta  | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Vizsgált személyek száma                     | Önsértés neve (eredeti angol) | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények  | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata  |
|-------------------------|------------|-------------------------------------|--|--|--|-------------------------------|---|--|---|
| Hinshaw és mtsai (2012) | USA        | Longitudinális: 10 éves utánkövetés | Klinikai minta: ADHD diagnózisú lányok Illesztett kontroll | Korhatár: 6-12 év                                | Kiindulás: N=221; 10 éves utánkövetés: N=216 | self-injury                   | Igen  | Gyermekekori ADHD-soknál több komorbid zavar, öngyilkossági kísérlet és önsértés, súlyosabb károsodások. Étkezési zavarok, pszichoaktív szerhasználat és a vezetési viselkedésben nem találtak különbséget.  | Az önsértés szignifikánsan gyakoribb a gyermekekori ADHD kombinált típusával diagnosztizált lányok körében. OR: 4,5; p<0,05.  |
| Hurtig és mtsai (2012)  | Finnország | Utánkövetéses                       | Születési kohorsz (9479) alcsoportja                       | Korhatár: 16-18 év                               | N=104<br>N=169                               | DSH                           | Igen  | ADHD-soknál több öngyilkossági gondolat és DSH fordult elő, mint a nem ADHD-soknál. Öngyilkos magatartás egyéb faktora: női nem, gyermekekori érzelmi/viselkedési problémák, komorbid depresszió + szorongás, DSH tekintetében viselkedéses zavarok, pszichoaktív szerhasználat, feszültségteli családi kapcsolatok. | Az ADHD prevalenciája szignifikánsan magasabb volt a DSH csoportban a DSH nélküli csoporthoz képest (69% vs. 32%, P < 0,001). |

2. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás              | Ország     | Vizsgálati elrendezés | Minta  | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor   | Vizsgált személyek száma | Önsértés neve (eredeti angol) | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények  | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata   |
|-------------------------|------------|-----------------------|--|--|--------------------------|-------------------------------|---|--|--|
| Ilomaki és mtsai (2007) | Finnország | Keresztmetszeti       | Klinikai minta: CD csoport: alkohol dependens csoport, Nem alkohol dependens csoport | Korhatár: 12-17 év; alkoholfüggő lányok : M=16,4; fiúk: M=16,3; nem-alkoholfüggő lányok M=15,3; fiúk: M=15,1 | N=141                    | self-mutilation               | Igen  | A CD-s lányok 40,7%-a és a CD-s fiúk 29,3%-a szenvedett alkoholfüggőségtől. Az életveszélyes öngyilkossági kísérletek és az öncsonkítás rizikója magasabb volt a függő lányoknál és fiúknál.   | Ismétlődő öncsonkítás prevalenciája magas CD-s betegeknel, lányoknál magasabb, mint a fiúknál. Prevalenciát befolyásolja még: alkoholfüggőség (legalacsonyabb nem-alkoholfüggő fiúknál, legmagasabb alkoholfüggő lányoknál, OR lányoknál: 3,9 (CI 95%: 1,1-13,8); OR fiúknál: 5,3 (CI 95%: 1,1-26,5); p<0,05.) |
| Izutsu és mtsai (2006)  | Japán      | Keresztmetszeti       | Populációs minta   | Fiúk: M=14,2; SD=0,7; Lányok: M=14,2; SD=0,7   | N=486                    | DSH                           | Igen  | Életprevalencia: Ön-megvágás fiúknál 8,0%; lányoknál 9,3%. Ön-ütés: 27,7% fiúknál; 12,2% lányoknál. Dohányzás: 33,1% fiúknál, 14,3% lányoknál; alkoholhasználat: 74,1% fiúknál; 63,4% lányoknál. Az ADHD pontszámok magasabbak mindhárom fenti csoportban mint, nem érintetteknel. | Az ADHD pontszámok szignifikánsan magasabbak mindhárom, a fenti problémákkal jellemezhető csoportban azokhoz képest, akik nem érintettek ezen problémák szempontjából (t=2,55 – 5,56; p<0,05).   |

2. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás               | Ország | Vizsgálati elrendezés | Minta   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Vizsgált személyek száma | Önsértés neve (eredeti angol) | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények   | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata   |
|--------------------------|--------|-----------------------|---|--|--------------------------|-------------------------------|---|---|--|
| Jacobson és mtsai (2008) | USA    | Retrospektív          | Ambuláns klinikai minta   | Korhatár: 12-19 év; M=15,1 év (SD=1,7)           | N=227                    | DSH, NSSI, SA                 | Igen  | A DSH leggyakoribb formája a vágás, majd a túladagolás, égetés, önfojtogatás. 52%-nál nem történt önsértés, 13%-nál NSSI történt, 16%-nál SA, 17%-nál NSSI és SA is. MDD és/vagy PTSD gyakrabban fordult elő az SA, mint az NSSI csoportban. Borderline személyiségjegyek gyakrabban azoknál, akiknél bármilyen DSH előfordult. Az NSSI csoportban a szuicid ideáció szintjei a nem-DSH csoportéhoz voltak hasonlóak. | A DSH és a nem-DSH csoport között nem-szignifikáns különbségek mutatkoztak a diszruptív viselkedési zavarok tekintetében ( $X^2=2,64$ ; $p=0,45$ ), és szignifikáns különbségek a borderline jegyek tekintetében ( $X^2=28,69$ ; $p<0,001$ ) |
| Jenkins és mtsai (2015)  | USA    | Keresztmetszeti       | Specifikus pszichopatológia: intermittáló explozív személyiség zavar, Egészséges kontroll | Korhatár: 18-81 év; M= 35,1 év (SD=10,3)         | N=1097                   | NSSI                          | Igen  | Akiknél személyiségzavar is fennállt, különösen komorbid IED esetén, fokozottan veszélyeztetettek önsértő magatartásokra. A vonás szintű agresszió, impulzivitás és affektív labilitás hatással van a személyiségzavar, az IED és az önsértő magatartások, különösen az NSSI kapcsolatára.  | Akiknél személyiségzavar is fennállt veszélyeztetettebbek önsértésre (IED - kontroll: $X^2=9,89$ ; személyiségzavar - kontroll: $X^2=40,85$ ; IED és személyiségzavar vs. kontroll: $X^2=94,03$ ; $p<0,05$ ).                                |

2. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás             | Ország | Vizsgálati elrendezés | Minta            | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Vizsgált személyek száma | Önsértés neve (eredeti angol) | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények  | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata   |
|------------------------|--------|-----------------------|------------------|--|--------------------------|-------------------------------|---|--|--|
| Keenan és mtsai (2014) | USA    | Longitudinális        | Populációs minta | Korhatár: 13-14 év                               | N=2180                   | NSSI                          | Igen  | A minta 6,0%-ánál NSSI a gyermek/szülő beszámolója alapján. „Agresszió” domainben a viselkedési problémák kezdeti szintje és az önkontroll között szignifikáns összefüggés az NSSI-vel. Kapcsolati agresszió kezdeti szintjei nem függtek össze az NSSI-vel, ezek idővel bekövetkező változásai azonban igen. A „depresszió” domainben a kezdeti depresszió szint és az asszertivitás csökkenése mutatott összefüggést a későbbi NSSI rizikóval. A „környezeti stresszor” domainben az NSSI a kortárs bántalmazás áldozatává válás kezdeti szintjével és a negatív életeseményekkel függött össze. | A viselkedési problémák kezdeti magas szintje (OR: 1,08 (CI 95%: 1,01-1,15); $p<0,05$ ), az önkontroll kezdeti alacsony szintje (0,92 (CI 95%: 0,87-0,98); $p<0,05$ ) és a kapcsolati agresszió idővel bekövetkező növekedése (1,36 (CI 95%: 1,10-1,70); $p<0,05$ ) mutatott összefüggést az NSSI-vel. |



2. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás                | Ország      | Vizsgálati elrendezés | Minta  | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Vizsgált személyek száma | Önsértés neve (eredeti angol) | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények  | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata  |
|---------------------------|-------------|-----------------------|--|--|--------------------------|-------------------------------|---|--|---|
| Kirkcaldy és mtsai (2006) | Németország | Keresztmetszeti       | Kórházi klinikai minta                                 | Korhatár: 3-24 év;<br>M=13,4 év (SD=3,4)         | N=3649                   | SIB                           | Igen  | A SIB és az öngyilkos magatartás korrelált, de az agresszió / diszruptív viselkedés nem korrelált az öngyilkossággal/SIB-el. A kor és a családi diszharmónia rizikófaktorai az öngyilkosságnak, de a diszruptív viselkedés és a SIB között nem volt összefüggés. Intelligencia és kor az agresszió szignifikáns prediktorai nőknél.  | A SIB és a diszruptív viselkedés nem mutatott összefüggést.   |
| Lam (2005)                | Ausztrália  | Keresztmetszeti       | Klinikai csoport: olyan betegek, akiknek sérülésük van | Korhatár: 5-15 év                                | N=18729                  | self-harm                     | Nem   | 11-15 évesek nagyobb eséllyel érintettek intra/interperszonális erőszakban, mint a 5-10 évesek. Női nem erősebb összefüggést mutatott az öngyilkossággal és az önsértéssel, míg a szocioökonómiai előnyösebb háttér az interperszonális erőszakkal függ össze. Öngyilkossági kísérletek és az önsértés hosszabb kórházi tartózkodással függtek össze. 3 eset végződött halállal. | Azoknak, akik öngyilkosság miatt kerültek kórházba, nagyobb eséllyel volt ADD diagnózisa, és az önsértő betegnél is nagyobb valószínűséggel jelent meg komorbid ADD a más típusú sérüléssel kórházban tartózkodókhoz képest (OR az egyváltozós modellben: 3,76 (CI 95%: 1,73-8,15); OR a többváltozós modellben: 6,27 (CI 95%: 2,76-14,26). |

2. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás                | Ország | Vizsgálati elrendezés | Minta   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Vizsgált személyek száma  | Önsértés neve (eredeti angol) | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények  | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata   |
|---------------------------|--------|-----------------------|---|--|---|-------------------------------|---|--|--|
| McCloskey és mtsai (2008) | USA    | Keresztmetszeti       | Klinikai csoport: intermittáló explozív zavar     | M= 36,10 év (SD= 9,32)                           | N=376   | SIB                           | Igen  | 16%: önagresszív, 12,5%: öngyilkossági kísérlet, 7,4 % : nem-halálos önsértő viselkedés. MDD, szerfüggőség, és I. tengelyi komorbiditások bejósolták az SA-t vagy SIB-et IED-ben. A nők összességében veszélyeztetettebbek voltak önagresszív viselkedések szempontjából, de ez az SA és a SIB-nál nem volt szignifikáns.  | az IED betegek 16%-a számolt be önagresszív viselkedésről, amelyből 12,5% öngyilkossági kísérlet és 7,4% SIB volt. Ez a SIB és az önagresszió kapcsolatát jelzi.   |
| Meza és mtsai (2016)      | USA    | Longitudinális        | Klinikai minta: ADHD dg-ú lányok Kontroll csoport | Korhatár: 6-12 év                                | N= 228<br>Gyermek-kori ADHD: N=140<br>Nincs Gyermek-kori ADHD: N=88 | NSSI                          | Igen  | Jutalék hiba (válaszgátlás indikátor) 1. fázisban bejósolta a szuicid ideációt, 3. fázisban az öngyilkossági kísérletet és az NSSI súlyosságát. Szociális preferencia szignifikáns parciális mediátor az 1. fázis jutalék hiba és a szuicid ideáció között (indirekt hatás). Bullying áldozatává válás szignifikáns parciális mediátora az 1. fázis jutalékok és a 3. fázis NSSI súlyosság között. | Szignifikáns különbség mutatkozott az NSSI súlyosságában az ADHD csoport és a kontroll csoport között (Cohen's d: 0,60; p<0,001). A gyermekkori válaszgátlás bejósolta a fiatal felnőttkori NSSI-t a longitudinális vizsgálatban (B=0,16; p<0,05; R <sup>2</sup> =0,03). |

2. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás             | Ország | Vizsgálati elrendezés | Minta                                | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Vizsgált személyek száma        | Önsértés neve (eredeti angol) | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények  | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata   |
|------------------------|--------|-----------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------|---|--|--|
| Nock és mtsai (2006)   | USA    | Keresztmetszeti       | Kórházi klinikai minta: NSSI betegek | Korhatár: 12-17 év                               | N=89                            | NSSI, SIB                     | Igen  | 87,6%-ánál legalább egy I. tengelyi kritérium: internalizáció 51,7%-nál, externalizáció 62,9%-nál, pszichoaktív szerhasználat 59,6%-nál. A női páciensek 67,3%-nál teljesült II. tengelyi kritérium (leggyakoribb: BPD: 51,7%). 70% számolt be legalább egy öngyilkossági kísérletről, és 55% egynél több öngyilkossági kísérletről.                               | Az NSSI minta 62,9%-ánál volt jelen valamilyen externalizáló zavar (CD: 49,4%; ODD: 44,9%). Pszichoaktív szerhasználati zavar 59,6%-nál volt jelen, valamilyen internalizáló zavar pedig 51,7%-nál.  |
| Preyde és mtsai (2012) | Kanada | Longitudinális        | Klinikai minta                       | Korhatár: 5-18 év; M=11.57 év (SD= 2.,5)         | N=210 (Önsértésről adat: N=169) | NSSI, self-harm               | Igen  | Felvételkor önsértésről beszámolók 39%-a 12 év alatti. Legtöbb különbség a felvételkor az önsértők és a nem-önsértők között a tünetek súlyosságában volt, ez eltűnt az utánkövetéskor. Az önsértő fiatalok magasabb tünete súlyosságot jeleztek a figyelem, impulzivitás, hangulatkezelés, internalizáló viselkedés és összesített mentális egészség tekintetében. | Önsértők nem-önsértőkhöz képest: magasabb tünete súlyosság figyelem-impulzivitás és összesített mentális egészségben felvételkor: figyelem-impulzivitás: nem-önsértők 70,9 (10,2; 68,8-73,0); önsértők: 75,3 (7,8; 73,0-77,5); az összesített mentális egészség: nem-önsértők: 77,4 (11,4; 75,1-79,8); önsértők: 82,5 (11,1; 79,2-85,9); p<0,05. |

2. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás            | Ország      | Vizsgálati elrendezés | Minta                              | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Vizsgált személyek száma | Önsértés neve (eredeti angol) | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények   | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata   |
|-----------------------|-------------|-----------------------|------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------|---|---|--|
| Semiz és mtsai (2008) | Törökország | Keresztmetszeti       | Férfi katonai pszichiátria részleg | Korhatár: 20–36 év; M= 22,7 év (SD=2,9)          | N=105                    | SIB                           | Igen  | 92%-nál SIB, közülük 57%-nál több mint 10 epizód. SIB kezdete 5-23 éves kor, átlagosan 14,8 éves korra, és átlagosan 7,2 évig állt fenn a viselkedés. 65% részesült orvosi kezelésében a SIB-hez kapcsolódóan. Azon APD-ben érintett résztvevők, akiknél komorbid ADHD is fennállt, az öngyilkossági kísérletek szignifikáns növekedéséről számoltak be, míg a SIB vagy a kriminális viselkedés kapcsán nem számoltak be hasonlóról. Az ADHD tünetek száma szignifikánsan korrelált a SIB gyakoriságával. Az ADHD összpontszám szignifikánsan korrelált a SIB gyakoriságával és negatívan korrelált a SIB kezdetekor fennállt életkorral. | Az ADHD tünetek száma szignifikánsan korrelált a SIB gyakoriságával (korrelációs koefficiens: 0,32; $p<0,05$ ). Az ADHD összpontszám szignifikánsan korrelált a SIB gyakoriságával (korrelációs koefficiens: 0,38; $p<0,05$ ), és negatívan korrelált a SIB kezdetekor fennállt életkorral. (korrelációs koefficiens: -0,23; $p<0,05$ ). |

2. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás              | Ország | Vizsgálati elrendezés | Minta   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Vizsgált személyek száma                        | Önsértés neve (eredeti angol) | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények   | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata   |
|-------------------------|--------|-----------------------|---|--|---|-------------------------------|---|---|--|
| Swanson és mtsai (2014) | USA    | Longitudinális        | Klinikai minta:<br>ADHD dg-ú lányok<br>Kontroll csoport | Korhatár: 6-12 év                                | ADHD dg-ú lányok:<br>N=140<br>Kontroll:<br>N=88 | NSSI                          | Igen  | Gyermekekori figyelemhiányos típushoz és a kontrollhoz képest az NSSI legsúlyosabb formái az ADHD kombinált típusánál jellemzők. Mindkét ADHD altípusnál megnövekedett NSSI gyakoriság a kontrollhoz képest, egymástól azonban nem különböztek. Tartósan fennálló ADHD-nál az NSSI növekedése az átmenetileg fennálló ADHD-hoz vagy a kontrollhoz képest. Tartósan fennálló ADHD-soknál magasabb az öngyilkossági kísérletek aránya. Externalizáló tünetek és laborban mért válaszgátlás/impulzivitás az ADHD és az NSSI kapcsolatában, míg a serdülőkori internalizáló tünetek az ADHD és az öngyilkossági kísérlet kapcsolatában szignifikáns parciális mediátor. | Szignifikáns különbségek mutatkoztak az NSSI gyakoriságában és súlyosságában a kombinált típusú ADHD és a kontroll csoportban (figyelemhiányos ADHD és kontroll; Cohen-féle d: 0,20-0,85; $p<0,05$ ). A tartósan fennálló ADHD szintén különbözött a többi csoporttól (átmenetileg fennálló ADHD és kontroll) az NSSI gyakoriságában, változatosságában és súlyosságában (Cohen-féle d: 0,32-0,87; $p<0,05$ ). Az externalizáló tünetek mediálnak az ADHD és az NSSI között (IE=0,29; SE=0,11; CI 95%: 0,10-0,51). |

2. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás             | Ország    | Vizsgálati elrendezés | Minta  | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Vizsgált személyek száma   | Önsértés neve (eredeti angol) | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények   | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata   |
|------------------------|-----------|-----------------------|--|--|--|-------------------------------|---|---|--|
| Taylor és mtsai (2014) | Új-Zéland | Eset-kontroll         | Klinikai minta:<br>Visszamenőleg felállított ADHD dg-ú betegek<br>Kontroll csoport | M=31,9 év<br>(SD = 1,6)                          | Teljes minta:<br>N=66<br>Felnőttkori ADHD dg-ú: N=35<br>Nincs felnőttkori ADHD diagnózis: N=31 | DSH                           | Igen  | ADHD tünetek súlyossága és kórelőzményben szereplő önsértő magatartás, szuicid ideáció és öngyilkossági kísérletek között szignifikáns összefüggés. Ezeket a kapcsolatokat a komorbiditás és az érzelemlézfókuszú megküzdési stílus mediálta. Eredmények arra utalnak, hogy az önsértő magatartás és az ADHD között a komorbid mentális zavarok és az érzelemlézfókuszú megküzdési mód mediálhat. | Szignifikáns összefüggés mutatkozott az ADHD tünetek súlyossága és kórelőzményben szereplő önsértő magatartás között (B=0,52; SE=0,24; p<0,05). Ezt a kapcsolatot a komorbid zavarok (B=0,68; SE=0,23; p<0,01) és az érzelemlézfókuszú megküzdési stílus (B=0,72; SE=0,22; p<0,01) mediálta. |
| Vaughn és mtsai (2015) | USA       | Longitudinális        | Populációs minta   | Korhatár: 18-49 év                               | N=19073  | DSH                           | Nem   | DSH összefügg: 1) etnikummal 2) gyermekkori bántalmazás minden formájával, 3) élettartam viktimizációval 4) MDD-vel, elkerülő személyiségzavarral szkizotípiás személyiségzavarral, 5) erőszakos cselekedetekben való részvétellel.   | A DSH összefüggést mutatott a szerabúzus mellett (OR: 2,90-7,02) olyan erőszakos viselkedésekkel is, mint pl. a rablás, párkapcsolati erőszak, szexre kényszerítés, állatokkal szembeni kegyetlenség és fegyverhasználat (OR: 3,32-12,73).   |

2. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek az önsértés és a pszichopatológia kapcsolatát vizsgálják (Mészáros és mtsai, 2017a).

| Hivatkozás               | Ország    | Vizsgálati elrendezés | Minta                   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Vizsgált személyek száma | Önsértés neve (eredeti angol)   | Szuicid / nem-szuicid szándék megkülönböztetése | Főbb eredmények   | Externalizáló zavarok és önsértés kapcsolata  |
|--------------------------|-----------|-----------------------|-------------------------|--|--------------------------|---------------------------------|---|---|---|
| You és mtsai (2011)      | Hong Kong | Keresztmetszeti       | Populációs minta        | Korhatár: 11-19 év; M=14,7 év (SD=1,9)           | N=6374                   | NSSI                            | Igen  | Ismétlő önsértőknél több impulzus-kontrollhoz kapcsolódó és érzelmi probléma, mint epizodikusan önsértőknél. Súlyosan önsértők impulzívabbak. NSSI gyakorisága és súlyossága lehetséges dimenziók, amely mentén NSSI alcsoportok elkülöníthetőek. | Erős kapcsolat mutatkozott az NSSI gyakorisága (OR: 1,37 (CI 95%: 1,32-1,42); p<0,01) és súlyossága (1,12 (CI 95%: 1,08-1,17); p<0,01) és az impulzuskontroll-problémák között. |
| Young és mtsai (2006)    | UK        | Keresztmetszeti       | Börtön populáció        | M= 30,0 év, (SD=8,2)                             | N=198                    | critical incident , self-injury | Nem   | Fogvatartottak 24%-ánál jelenlegi/múltbeli ADHD. 23%-uknál teljességgel fennálltak a tünetek, 33%-uk részleges remisszióban, 44%-uk teljes remisszióban. Kritikus incidensek (rongálás, önsértés) gyakrabban az ADHD, mint a nem ADHD csoportban. | A kritikus incidensek átlagos száma szignifikánsan magasabb volt az ADHD-s, mint a nem ADHD-s csoportban (F=5,01; p<0,001).   |
| Zlotnick és mtsai (1999) | USA       | Keresztmetszeti       | Ambuláns klinikai minta | M=40,6 év (SD = 14,0)                            | N=256                    | self-mutilation                 | Nem   | Szerabúzus, PTSD és IED szignifikáns összefüggésben állt az öncsonkító magatartással, függetlenül a BPD-től és az antiszociális személyiségzavartól.  | Öncsonkítás összefügg: szerabúzussal ( $X^2=13,73$ ; p<0,05), IED-vel ( $X^2=6,35$ ; p<0,05), antiszociális személyiségzavarral ( $X^2=8,03$ ; p<0,05).                         |

Rövidítések: ADD: figyelemhiányos zavar (attention deficit disorder), ADHD: figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (attention-deficit / hyperactivity disorder), APD: antiszociális személyiségzavar (antisocial personality disorder), BL: kiindulás (baseline), BPD: borderline személyiség zavar (borderline personality disorder), CBCL: Gyermekviselkedési Kérdőív (Child Behaviour Checklist), CD: viselkedési zavar (conduct disorder), DSH: szándékos önsértés (deliberate self-harm), DSHI: Szándékos Önsértés Kérdőív (Deliberate Self-Harm Inventory), DSP: szándékos önmérgezés (deliberate self-poisoning), EDR: elektrodermális válasz (electrodermal responding), FU: utánkövetés (follow-up), IED: intermittáló explozív személyiségzavar (intermittent explosive disorder), MDD: major depressziós zavar (major depressive disorder), NSSI: nem-szuicidális önsértés (nonsuicidal self-injury), ODD: oppozíciós zavar (oppositional defiant disorder), PEP: pre-ejekciós periódus (pre-ejection period), PTSD: poszttraumás stressz zavar (posttraumatic stress disorder), RSA: respirotarikus szinusz aritmia (respiratory sinus arrhythmia), SA: öngyilkossági kísérlet (suicide attempt), SIB: önsértő viselkedés (self-injurious behaviour), SII: saját magának okozott sérülés (self-inflicted injury), SITBI: Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview



Mint ahogy az előző fejezetben ismertettem, az impulzivitás az ADHD egyik alaptünete, és szintén tudjuk, hogy az alacsony szintű válaszgátlás jelentősen hozzájárulhat az önsértő magatartás kialakulásához (Lockwood és mtsai, 2017; Mann és mtsai, 2009). Ez a gondolati szál is abba az irányba vezette a kutatókat, hogy az externalizációs zavarok közül az utóbbi években az ADHD és az önsértés esetleges kapcsolatát vizsgálják, és már egy erre a témára fókuszáló szisztematikus áttekintő tanulmány is született (Allely, 2014), valamint kutatócsoportunk fentebb említett áttekintő tanulmánya is ezen kutatások eredményének összegzését tűzte ki egyik céljául (Meszáros és mtsai, 2017a).

Hinshaw és munkatársai (2012) 6-12 éves ADHD diagnózisú 10 éves lányok prospektív követéses vizsgálatát végezték, és azt az eredményt kapták, hogy az ADHD diagnózisú lányoknál a kontrollcsoportéhoz képest nagyobb arányú mind az internalizáló, mind az externalizáló tünetek, továbbá az öngyilkossági kísérletek és az önsértő magatartás előfordulási gyakorisága.

Az eddigi kutatások alapján további kérdés, hogy vajon direkt kapcsolat található-e az ADHD tüneteinek fennállása és az NSSI között, vagy az ADHD mellett ismert gyakori komorbid kórképek mediálják ezt az asszociációt. Swanson és munkatársai (2014) szintén 6-12 éves ADHD diagnózisú lányokat vizsgáltak és azt találták, hogy az ADHD és az NSSI közötti kapcsolatot az impulzivitás és az externalizációs zavarok egyéb tünetei mediálják. Taylor és munkatársai (2014) felnőtt normál populáció felmérésénél is szignifikáns kapcsolatot találtak az ADHD tüneti súlyossága és az önsértés, valamint az öngyilkos magatartás (öngyilkossági gondolatok és öngyilkossági kísérlet) között, és Swanson és munkatársai (2014) 6-12 éves lány populációjához hasonlóan a kapcsolatot itt is a komorbid zavarok, jelen esetben a hangulatzavarok, az alkohol-, és egyéb pszichoaktív szerhasználat mediálták. Meza és munkatársai (2016) a Hinshaw és munkatársai (2012), valamint a Swanson és munkatársai (2014) által végzett kutatásokat egészítették ki 6-12 éves ADHD diagnózisú lány és egészséges kontrollcsoport 10 éves longitudinális vizsgálatával. Eredményeik szerint a gyermekkori válaszgátlással kapcsolatos probléma fennállása szignifikánsan előre jelezte a 10 évvel későbbi fiatal felnőttkorban előforduló NSSI-t, és e kapcsolat mediáló tényezőjének a serdülőkori kortársbántalmazást találták (Meza és mtsai, 2016).

A fentebb említett nemzetközi vizsgálatban, melyben kutatócsoportunk is részt vett (ld. 4.5., 4.6. fejezet), azt az eredményt kaptuk, hogy az önsértés legerősebb prediktorai közé tartoznak: a szuicidalitás, a szorongásos és a depressziós tünetek, az illegális pszichoaktív szerhasználat, a kortársbántalmazás, az élménykeresés, a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a szülő-serdülő viszony, a szülői figyelem minősége és a szülői munkanélküliség (Brunner és mtsai, 2014).

Tudomásunk szerint, korábban nem történt olyan kutatás, melynek során mind serdülő lányok, mind serdülő fiúk bevonásával az ADHD tüneteinek fennállása és az NSSI közötti kapcsolatot vizsgálnák, mégpedig azt, hogy direkt asszociációt találnak-e az ADHD tünete és az NSSI között, vagy az ADHD melletti komorbid kórképek mediálják az esetlegesen fennálló kapcsolatot. Értekezésemben ezt a témát feldolgozó vizsgálatunkat is bemutatom (ld. 3.3. és 4.3. és 5.3. és 6.3. fejezet).

## **2.7. A pszichiátriai zavarok klasszifikációja: kategoriális-dimenzionális**

### **szemlélet, küszöb alatti zavarok**

Értekezésem korábbi részében az öngyilkosság pszichés rizikófaktorait kategoriális osztályozás alapján tárgyaltam. Azonban a szakemberek között - klinikumban és kutatásban egyaránt - az utóbbi években jelentős vita áll fenn, hogy a pszichiátriai zavarok klasszifikációjában a kategoriális vagy a dimenzionális szemlélet érvényesüljön (Lecrubier, 2008; Möller, 2008; Okasha, 2009).

Jelenleg a klasszifikációs rendszerek (DSM-5 és BNO-10.), melyek kategoriális elven alapulnak, biztosítják – mint ahogy ezt az értekezés korábbi fejezetei is érintették már pl. a depressziós kevert epizód vagy az ADHD bemutatásánál -, hogy az egyes mentális kórképek diagnózisai jól meghatározott, világosan megfogalmazott kritériumokon alapuljanak és elősegítik, hogy a világ különböző részein egy beteg egy adott problémára ugyanazt a diagnózist kapja és az ahhoz kapcsolódó evidenciákon alapuló kezelésben részesüljön (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 1992). Az egységes kritériumok biztosítják továbbá, hogy a szakemberek közös nyelvet beszéljenek, valamint a pszichiátriai zavarok kutatása és oktatása területén is konszenzus legyen (Balázs és Keresztény, 2015).

Mindkét klasszifikációs rendszer szindromatológiai elven alapul, tehát azt határozzák meg, hogy milyen tüneteknek, azokból hánynak és mennyi ideig kell fennállnia ahhoz, hogy egy pszichiátriai kórkép diagnózisát felállíthassuk. Ezenkívül bizonyos

kórképeknél a klasszifikációs rendszerek azt is meghatározzák, hogy hány éves korig kell a tüneteknek megjelenniük (pl. az ADHD-nál a DSM-5 szerint 12 éves korig, a BNO-10 szerint 7 éves korig – de megjegyzendő, hogy addig nem kell feltétlenül diagnosztizálni), hogy felállítható legyen az adott diagnózis. A klasszifikációs rendszerekben egy diagnózis felállításához a szindromatológiai elven kívül fontos kritérium, hogy az adott tünetek funkciókárosodást okozzanak. Tehát attól még, hogy az adott tünet annyi ideig fennáll, mint amit a klasszifikációs rendszer meghatároz, automatikusan nem állítható fel a diagnózis, csak akkor, ha ezek a tünetek a hétköznapi életben való működésre negatív hatással vannak. A klasszifikációs rendszerek azt is meghatározzák, hogy a diagnózis felállításához a tüneteknek több helyzetben, pl. iskolában, otthon is funkciókárosodást kell okozniuk. Ezzel azt igyekeznek kizárni a klasszifikációs rendszerek, hogy szituatív hatás miatt diagnosztizálhassunk egy kórképet (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 1992). További fontos kritérium a klasszifikációs rendszerekben, hogy ne más kórkép miatt álljon fenn az adott tünetegyüttes – tehát a differenciáldiagnosztikai szempontokat is figyelembe veszik (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 1992).

Mint a fentiekből is látható, a jelenleg használatos klasszifikációs rendszerek kategoriális elven alapulnak. Nem konceptuálisan, de néhány kórkép esetében további lehetőségeket már a DSM-IV-TR is kínált, pl. “Depresszív zavarok MNO” kategória alatt a “Visszatérő rövid depressziós zavar”, ahol nem szükséges, hogy két hétig fennálljanak a tünetek, mint a major depressziós epizódnál, hanem 2 naptól 2 hétig kell fennállnia kellő számú tünetnek, és a “Minor depresszió”, ahol két hétig kell fennállnia a tüneteknek, de kevesebb, mint 5 tünet is elegendő (tehát kevesebb, mint amennyi a major depressziós zavarnál szükséges) (American Psychiatric Association, 2000). A DSM-5-ben szintén megtalálható az “Egyéb meghatározott depressziós zavar”, melynek al-kategóriái: “Rövid ideig fennálló depressziós epizód”, ahol legalább négy tünet, kevesebb, mint két hétig, 4-13 napig áll fenn, illetve a “Depressziós epizód nem elégséges tünetekkel”, ahol szükséges, hogy két hétig fennálljanak a tünetek, de itt is elég csak 4 tünet (American Psychiatric Association, 2013). Továbbá a DSM-5 a kategoriális elvet annyival tágította, hogy az egyes kórképeknél bevezette az enyhe-közepes-súlyos fokozatokat (American Psychiatric Association, 2013).

Azonban a szakemberek figyelme az utóbbi időben arra irányult, hogy a klinikumban segítséget kérőknél gyakran nem állítható fel egy pszichiátriai zavar diagnózisa sem, mert a panaszok nem merítik ki vagy az idő, vagy a tünet kritériumokat, amelyeket a

klasszifikációs rendszerek meghatároznak, pedig azok az érintett személynek és/vagy a környezetének jelentős problémát okoznak (Johnson és mtsai, 1992). Kutatócsoportunk például azt találta, hogy csaknem minden hatodik gyermek (61/418), aki pszichiátriai kivizsgálásra került valamilyen jellegű pszichés probléma miatt, nem merítette ki a klasszifikációs rendszerek diagnosztikai kritériumait strukturált diagnosztikus interjúval vizsgálva (Dallos és mtsai, 2014). Mindez szintén ezen tünetegyüttesek - tehát melyek nem érik el a klasszifikációs rendszerek kritériumát, mégis funkciózavart okoznak - vizsgálatának fontosságához vezette a kutatókat. Az angol szakirodalomban számos terminológia használatos ezen állapotok leírására (subthreshold, subsyndromal, subclinical disorders), magyarul leginkább a szubklinikai, illetve a küszöb alatti zavarok kifejezés honosodott meg. Értekezésemben az utóbbit használom. A küszöb alatti zavarok - melyek bár szintén kategoriális elven, pontosan meghatározott kritériumokon alapulnak (ld. később), de nem merítik ki a klasszifikációs rendszerek kritériumait – egy áthidaló, a klasszifikációs rendszerekbe is illeszthető megoldást nyújthatnak a kategoriális és a dimenzionális elméletek között, azonban ehhez fontos ezen konstruktumok minél pontosabb megismerése és leírása, mely munkához az értekezésemben szereplő kutatásainkkal is szeretnénk hozzájárulni. A legtöbb vizsgálat a küszöb alatti zavarok esetében mind gyermekek, mind felnőttek körében a küszöb alatti depressziós zavarra irányult. Felnőttek esetében a vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy azoknál a személyeknél, akiknél fennáll a „küszöb alatti” depresszív zavar diagnózisa, több komorbid organikus megbetegedés található (Coulehan és mtsai, 1990), több napot hiányoznak a munkahelyükről (Broadhead és mtsai, 1990; Skodol és mtsai, 1994), és gyakrabban kísérelnek meg öngyilkosságot (Balázs és mtsai, 2000; Horwath és mtsai, 1992; Johnson és mtsai, 1992), mint az olyan személyek, akiknél nem áll fenn ez a zavar. Wells és munkatársai (1989) azt találták, hogy azok a személyek, akiknél felállítható a „küszöb alatti” depresszív zavar diagnózisa, kevésbé képesek a szociális funkcióikat betölteni, mint számos komoly organikus megbetegedésben (pl. hipertónia, diabetes mellitus) szenvedő beteg. Horwath és munkatársai (1992) azt találták, hogy „küszöb alatti” depresszív zavarban szenvedőknél 4,4-szer gyakrabban alakul ki egy éven belül a major depresszív zavar első epizódja, mint azoknál, akiknél ezt a diagnózist nem tudták felállítani.

Szisztematikusan áttekintettük a gyermekek és serdülők körében előforduló küszöb alatti depressziós epizódra vonatkozó irodalmat a DSM-IV bevezetésétől, tehát 1994-től 2012-ig (Bertha és Balázs, 2013). Összesen 27 közleményt találtunk öt adatbázisban

keresve (Ovid MEDLINE, Psychinfo, PubMed, Scopus, Web of Science) (ld. 3. táblázat). Eredményeink alapján azt találtuk, hogy küszöb alatti depressziós zavar: 1) előfordulási gyakorisága magas (12 hónapos prevalencia 3-12%, míg az élettartam prevalencia elérheti a 26%-ot) gyermekek és serdülők körében, 2) az életminőségre (fogalom részletes ismertetése az értekezés 2.8. fejezetében) negatív hatással van, és 3) felnőttekhez hasonlóan növeli az esélyét a későbbi klasszifikációs rendszerek szerinti major depressziós epizód kialakulásának (Bertha és Balázs, 2013). A keresési időszak lezárulta után is számos közlemény jelent meg a témában, melyek eredménye egybecseng szisztematikus áttekintésünkkel (Jinnin és mtsai, 2016; Uchida és mtsai, 2018).

Összefoglalóan tehát elmondhatjuk, hogy mind a felnőttek körében történt vizsgálatok, mind a serdülők körében végzett áttekintő tanulmányunk eredményei alapján a küszöb alatti depressziós zavarú fiatalok és felnőttek felismerése és megfelelő ellátása fontos prevenciós lépés a mentális egészség terén. Továbbá, mint ahogy korábban ismertettem, az öngyilkosság egyik legfontosabb rizikófaktora a major depressziós epizód, és mivel a küszöb alatti depressziós zavar növeli a major depressziós epizód kialakulásának esélyét, így ezen állapot felismerése és ellátása az öngyilkosság megelőzése szempontjából is kiemelkedően fontos. Az értekezés ezen fejezetében még visszatérek a küszöb alatti zavarok és az öngyilkosság kapcsolatára.

3. táblázat. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a serdülőkori küszöb alatti depressziós zavart vizsgálják (Bertha és Balázs, 2013).

| Hivatkozás                  | Ország           | Vizsgálati elrendezés | Minta<br>Vizsgált személyek kora a<br>vizsgálatba bevonáskor           | Vizsgálatba bevont<br>személyek száma   | Küszöb alatti depressziós<br>zavar definíciója  | Eszközök<br>a küszöb alatti<br>depressziós zavar /<br>major depressziós epizód<br>mérésére |
|-----------------------------|------------------|-----------------------|--|---|---|--|
| Allgaier és mtsai<br>(2012) | Német-<br>ország | Keresztmetszeti       | Klinikai minta:<br>Gyermekgyógyászati kórház<br>Korhatár: 13-16 év     | N=770   | MDE 2-4 tünete áll fenn<br>legalább 2 hétig   | Kinder-DIPS<br>WHO-5   |
| Brent és mtsai<br>(2001)    | USA              | Longitudinális: 2 év  | Klinikai minta:<br>MDE diagnózisú serdülők<br>Korhatár: 15-17 év       | N=99<br>Akut CBT, után 3<br>csoport:<br>Továbbra is depressziós<br>csoport: N=55<br>Küszöb alatti<br>depressziós csoport:<br>N=18<br>Nem-depressziós<br>csoport: N=26 | MDE 2 vagy 3 DSM-III-<br>R szerinti tünete áll fenn   | K-SADS<br>BDI  |
| Clarke és mtsai<br>(2001)   | USA              | Longitudinális: 2 év  | Populációs minta<br>Depressziós szülők gyermekei<br>Korhatár: 13-18 év | N=94<br>Randomizálás után:<br>Tréning csoport: N=45<br>Kontroll csoport: N=49   | Depressziós tünetek,<br>melyek nem merítik ki a<br>DSM-III-R MDE zavar<br>diagnózisát<br>CES-D pontszám $\geq 24$ | K-SADS<br>CES-D  |
| Cuijpers és<br>mtsai (2008) | Hollandia        | Keresztmetszeti       | Populációs minta<br>Korhatár: 14-16 év                                 | N=1392<br>N=243 fő vett részt<br>közülük a MINI interjún  | 1 MDE mag tünet és<br>legalább 1 kísérő tünet<br>legalább 2 hétig   | MINI<br>CES-D<br>MDI   |

3. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a serdülőkori küszöb alatti depressziós zavart vizsgálják (Bertha és Balázs, 2013).

| Hivatkozás  | Ország    | Vizsgálati elrendezés  | Minta<br>Vizsgált személyek kora a<br>vizsgálatba bevonáskor  | Vizsgálatba bevont<br>személyek száma  | Küszöb alatti depressziós<br>zavar definíciója  | Eszközök<br>a küszöb alatti<br>depressziós zavar /<br>major depressziós epizód<br>mérésére |
|---|-----------|--|---|--|---|--|
| Fergusson és<br>mtsai (2005)<br>New-Zeland<br>Birth Cohort:<br>Christchurch<br>Health and<br>Development<br>Study | Új-Zeland | Longitudinális:<br>Eredetileg 25 év, de<br>itt 8 év<br>3 vizsgálati idő:<br>T1: 17-18 évesen<br>T2: 18-21 évesen<br>T3: 21-25 évesen | Populációs minta<br>Korhatár: 17-18 év  | N=1006   | 1 MDE mag tünet és<br>legalább 1 kísérő tünet<br>legalább 2 hétig   | CIDI   |
| Gallerani és<br>mtsai (2010)  | USA       | Longitudinális: 7 év,<br>6-12-ik osztályig<br>évente felmérés  | Populációs minta<br>Részben olyan anyák gyermekei,<br>akiknek az anamnézisében<br>depresszió szerepel<br>Átlagéletkor=11,86 év              | N=240  | MDE DSM szerinti<br>kritérium tüneteinek<br>legalább a fele fennáll és<br>funkciókárosodás van                                  | T1: K-SADS-PL<br>T2-T7: A-LIFE   |
| Garber és mtsai<br>(2009)   | USA       | Longitudinális: 6<br>hónap<br>3 vizsgálati idő:<br>T1: 0 nap<br>T2: 8 hetes<br>T3: 6 hónapos   | Populációs minta<br>Depressziós szülők gyermekei,<br>akiknek jelenleg küszöb alatti<br>depressziós tüneteinek vannak.<br>Korhatár: 13-17 év | N=316<br>Randomizálás után:<br>Tréning csoport: N=159<br>Kontroll csoport: N=157 | Depressziós tünetek<br>fennállása, melyek nem<br>merítették ki a DSM-IV<br>MDE kritériumait,<br>CES-D-n a pontszám $\geq$<br>20 | K-SADS<br>CES-D  |
| Georgiades és<br>mtsai (2006)   | USA       | Longitudinális:<br>(Eredetileg 15 év, de<br>itt csak 1 év)<br>T1<br>T2 - 1 évvel később  | Populációs minta<br>Oregon Adolescent Depression<br>Project (OADP)<br>Korhatár: 14-18 év  | T1: N=1709   | Összesen minimum 3<br>tünet fennáll: 1 vagy 2<br>MDE mag tünet és<br>legalább 1 vagy 2 kísérő<br>tünet legalább 1 hétig         | K-SADS   |

3. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a serdülőkori küszöb alatti depressziós zavart vizsgálják (Bertha és Balázs, 2013).

| Hivatkozás                              | Ország      | Vizsgálati elrendezés  | Minta<br>Vizsgált személyek kora a<br>vizsgálatba bevonáskor | Vizsgálatba bevont<br>személyek száma   | Küszöb alatti depressziós<br>zavar definíciója  | Eszközök<br>a küszöb alatti<br>depressziós zavar /<br>major depressziós epizód<br>mérésére |
|---|-------------|--|--|---|---|--|
| Gonzalez-<br>Terejra és mtsai<br>(2005) | Puerto Rico | Keresztmetszeti  | Populációs minta<br>14-17 év                                 | N=1890  | 1 MDE mag tünet és<br>legalább 1 kísérő tünet<br>legalább 2 hétig   | DISC-IV  |
| Hoek és mtsai<br>(2009)                 | Hollandia   | Longitudinális: 12<br>hónap,<br>6 vizsgálati idő:<br>T1: 0 nap,<br>T2: 3 hét,<br>T3: 5hét,<br>T4: 4 hónap,<br>T5: 8 hónap,<br>T6: 12 hónap | Populációs minta<br>Korhatár: 12-18 év                       | N=210<br>Randomizálás után:<br>Tréning csoport<br>Kontroll csoport  | Legalább 2 depressziós<br>tünet, de nem merítik ki<br>a DSM-IV MDE<br>kritériumot,<br>CES-D<40  | DISC-IV<br>CES-D<br>BDI  |
| Hughes és mtsai<br>(2011)               | Ausztrália  | Keresztmetszeti  | Populációs minta<br>Korhatár: 10-15év                        | N=340<br>„Nagyon” depressziós<br>csoport: N=170<br>„Kevésbé” depressziós<br>csoport=küszöb alatti<br>csoport: N=170 | Kevésbé depressziós<br>csoport=küszöb alatti<br>csoport: CDI pontszám =<br>14,5-20<br>Nagyon depressziós<br>csoport: CDI pontszám ><br>20 | CDI  |
| Johnson és mtsai<br>(2009)              | USA         | Longitudinális<br>4 vizsgálati időpont:<br>T1: 14 évesen<br>T2: 16 évesen,<br>T3: 22 évesen<br>T4: 33 évesen                               | Populációs minta<br>Átlagéletkor: 14 év                      | N=755   | 1 MDE mag tünet és<br>legalább 1 kísérő tünet<br>legalább 2 hétig   | DISC-I: 14, 16 és 22<br>éves korban,<br>SCID-IV-NP: 33 éves<br>korban                      |



3. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a serdülőkori küszöb alatti depressziós zavart vizsgálják (Bertha és Balázs, 2013).

| Hivatkozás                   | Ország     | Vizsgálati elrendezés  | Minta<br>Vizsgált személyek kora a<br>vizsgálatba bevonáskor                             | Vizsgálatba bevont<br>személyek száma   | Küszöb alatti depressziós<br>zavar definíciója   | Eszközök<br>a küszöb alatti<br>depressziós zavar /<br>major depressziós epizód<br>mérésére |
|------------------------------|------------|--|--|---|--|--|
| Jonsson és mtsai<br>(2011)   | Svédország | Longitudinális<br>T1: 16-17 évesen<br>T2: 15 évvel később                              | Populációs minta<br>Korhatár: 16-17 év   | T1: N=2300 diákot<br>szűrtek, közülük N=631<br>személyt interjúoltak<br>meg<br>T2: N=382  | BDI $\geq$ 16 vagy CES-<br>DC $\geq$ 30 + BDI $\geq$ 11 vagy<br>korábbi öngyilkossági<br>kísérlet és nem áll fenn<br>DICA-R-A szerint a<br>depressziós zavar | DICA-R-A<br>BDI,<br>CES-DC   |
| Kessler és<br>Walters (1998) | USA        | Keresztmetszeti  | Populációs minta<br>National Comorbidity Survey<br>Korhatár: 14-18 év                    | N=1769  | 1 MDE mag tünet és<br>legalább 1 kísérő tünet<br>legalább 2 hétig,<br>CES-D-en emelkedett<br>pontszám  | CES-D  |
| Klein és mtsai<br>(2009)     | USA        | Longitudinális: 15 év<br>T1<br>T2 - 1 évvel később<br>T3 – 24 évesen<br>T4 - 30 évesen | Populációs minta<br>Oregon Adolescent Depression<br>Project (OADP)<br>Korhatár: 14-18 év | T1: eredetileg N=1709,<br>de itt N=225  | Összesen minimum 3<br>tünet fennáll: 1 vagy 2<br>MDE mag tünet és<br>legalább 1 vagy 2 kísérő<br>tünet legalább 1 hétig                                      | K-SADS   |
| McClure és<br>mtsai (1997)   | USA        | Keresztmetszeti  | Populációs minta<br>Korhatár: 11-17 év<br>lányok   | N=31<br>Küszöb alatti<br>depressziós csoport:<br>N=14<br>Nem-depressziós<br>csoport: N=17 | Depressziós hangulat és<br>legalább 3 másik DSM-<br>IV MDE tünet fennáll<br>legalább 2 hétig   | DICA   |

3. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a serdülőkori küszöb alatti depressziós zavart vizsgálják (Bertha és Balázs, 2013).

| Hivatkozás                    | Ország           | Vizsgálati elrendezés  | Minta<br>Vizsgált személyek kora a<br>vizsgálatba bevonáskor                               | Vizsgálatba bevont<br>személyek száma  | Küszöb alatti depressziós<br>zavar definíciója   | Eszközök<br>a küszöb alatti<br>depressziós zavar /<br>major depressziós epizód<br>mérésére |
|-------------------------------|------------------|--|--|--|--|--|
| Oldehinkel és<br>mtsai (1999) | Német-<br>ország | Longitudinális: 20<br>hónap  | Populációs minta<br>Korhatár: 14-17 év   | N=1228   | 1 MDE mag tünet és<br>legalább 1 kísérő tünet<br>legalább 2 hétig                        | M-CIDI   |
| Pine és mtsai<br>(1999)       | USA              | Longitudinális: 9 év<br>T1<br>T2 - 3 évvel később<br>T3 - 6 évvel később | Populációs minta<br>Korhatár: 10-18 év   | N=776  | Depressziós tünetek<br>fennállnak, de nem<br>merítik ki a DSM-III-R<br>MDE kritériumait. | Orvaschel által készített<br>– nem leközlött kérdőív                                       |
| Pössel és mtsai<br>(2004)     | Német-<br>ország | Longitudinális: 6<br>hónap   | Populációs minta, 8. osztályos<br>diákok<br>Átlagéletkor: 14 év                            | N=347<br>Randomizálás után:<br>Tréning csoport: N=200<br>Kontroll csoport: N=147 | CES-D emelkedett<br>pontszám<br>(lány:14-30, fiú: 11-22)                                 | CES-D  |
| Rohde és mtsai<br>(2009)      | USA              | Longitudinális:<br>Évente 7 évig   | Populációs minta<br>Korhatár: 12-15 év<br>lányok   | N=496  | 1 MDE mag tünet és<br>legalább 1 kísérő tünet<br>legalább 2 hétig                        | K-SADS   |
| Santinello és<br>Vieno (2006) | Olasz-<br>ország | Keresztmetszeti  | Populációs minta<br>Health Behaviour in School Age<br>Children Study<br>Korhatár: 11-15 év | N=4386   | CES-D $\geq$ 20  | CES-D  |

3. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a serdülőkori küszöb alatti depressziós zavart vizsgálják (Bertha és Balázs, 2013).

| Hivatkozás                  | Ország            | Vizsgálati elrendezés  | Minta<br>Vizsgált személyek kora a<br>vizsgálatba bevonáskor                             | Vizsgálatba bevont<br>személyek száma   | Küszöb alatti depressziós<br>zavar definíciója  | Eszközök<br>a küszöb alatti<br>depressziós zavar /<br>major depressziós epizód<br>mérésére |
|-----------------------------|-------------------|--|--|---|---|--|
| Shankman és<br>mtsai (2009) | USA               | Longitudinális: 15 év<br>T1<br>T2 - 1 évvel később<br>T3 – 24 évesen<br>T4 - 30 évesen   | Populációs minta<br>Oregon Adolescent Depression<br>Project (OADP)<br>Korhatár: 14-18 év | T1: N=1709  | Összesen minimum 3<br>tünet fennáll: 1 vagy 2<br>MDE mag tünet és<br>legalább 1 vagy 2 kísérő<br>tünet legalább 1 hétig | K-SADS   |
| Sihvola és mtsai<br>(2007)  | Finnország        | Keresztmetszeti  | Populációs minta<br>Ikrek<br>Átlagéletkor: 14,19 év                                      | N=1854  | 1 MDE mag tünet és<br>legalább 1 kísérő tünet<br>legalább 2 hétig   | SSAGA  |
| Stewart és mtsai<br>(2002)  | Hong Kong,<br>USA | Keresztmetszeti  | Populációs minta<br>Korhatár: 14-18 év   | N=3918 eredetileg, de itt<br>N=1791<br>2 csoport:<br>Hong Kong: N=85<br>US: N=1706  | Jelentős számú<br>depressziós tünet (BDI-<br>II≤28) amelyek nem<br>merítik ki a DSM-IV<br>MDE diagnózisát               | Hong Kong:<br>DICA-IV<br>C-BDI-II<br>US:<br>BDI  |
| Stice és mtsai<br>(2010)    | USA               | Longitudinális: 2 év<br>5 vizsgálati időpont:<br>T1: elővizsgálat,<br>T2: utóvizsgálat,<br>T3: 6 hónap múlva,<br>T4: 1 év múlva,<br>T5: 2 év múlva | Populációs minta<br>Korhatár: 14-19 év   | N=341<br>Randomizálás után:<br>CBT csoport: N=89<br>Szupportív terápia<br>csoport: N=88<br>CBT biblioterápia<br>csoport: N=80<br>Kontroll csoport: N=84 | Jelentős számú<br>depressziós tünet (BDI-<br>II≤28), amelyek nem<br>merítik ki a DSM-IV<br>MDE diagnózisát              | CES-D  |

3. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a serdülőkori küszöb alatti depressziós zavart vizsgálják (Bertha és Balázs, 2013).

| Hivatkozás               | Ország | Vizsgálati elrendezés       | Minta<br>Vizsgált személyek kora a<br>vizsgálatba bevonáskor | Vizsgálatba bevont<br>személyek száma   | Küszöb alatti depressziós<br>zavar definíciója  | Eszközök<br>a küszöb alatti<br>depressziós zavar /<br>major depressziós epizód<br>mérésére |
|--------------------------|--------|-----------------------------|--|---|---|--|
| Yang és mtsai<br>(2010)  | Kína   | Longitudinális: 15<br>hónap | Populációs minta<br>Korhatár: 14-18 év                       | N=623   | Legalább 1 MDE mag<br>tünet és vagy kísérő<br>tünettel vagy kísérő tünet<br>nélkül legalább 2 hétig   | K-SADS   |
| Young és mtsai<br>(2006) | USA    | Longitudinális: 6<br>hónap  | Populációs minta<br>Korhatár: 11-16 év                       | N=41<br>Randomizálás után:<br>Tréning csoport: N=27<br>Kontroll csoport: N=14 | Legalább 2 depressziós<br>tünet, de a tünetek nem<br>merítik ki a DSM-III-R<br>MDE diagnózist +<br>depressziós hangulat,<br>irritabilitás, vagy<br>anhedónia,<br>CES-D: 16-39 | K-SADS<br>CES-D  |

Rövidítések: A-LIFE: Longitudinal Interval Follow-up Evaluation for Adolescents, BDI: Beck Depresszió Kérdőív (Beck Depression Inventory), Beck Depresszió Kérdőív-II (Beck Depression Inventory II, CBT: kognitív viselkedésterápia (cognitive-behavioural therapy), Beck Depresszió Kérdőív-II kínai változata (Chinese Version of Beck Depression Inventory II, CDI: Gyermek Depresszió Kérdőív (Children's Depression Inventory), CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-DC: Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children, CIDI: Composite International Diagnostic Interview, DICA: Diagnostic Interview for Children and Adolescents, DICA-R-A: Diagnostic Interview for Children and Adolescents Revised, DICA-IV: Diagnostic Interview for Children and Adolescents, DISC-I, DISC-IV: Diagnostic Interview Schedule for Children, K-SADS: Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children, K-SADS-PL: Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime, Kinder-DIPS: Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter, M-CIDI: Munich Composite International Diagnostic Interview, MDE: major depressziós

epizód, MDI: Major Depression Inventory, MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview, PHQ-A: Patient Health Questionnaire-Adolescent, SCID-IV-NP: Strukturált Klinikai Interjú a DSM-IV I. tengely zavarainak felmérésére, kutatási változat (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition, SSAGA: Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism, T: vizsgálati időpont longitudinális vizsgálatoknál, WBI-5: WHO Jólét Kérdőív rövidített változata (WHO-Five Well Being Index)

Küszöb alatti szorongásos zavarok – mely az értekezésemben bemutatásra kerülő egyik vizsgálatunk szűkebb témája - közül felnőttek körében jelentős funkciócsökkenést írtak le azoknál a személyeknél, akiknél küszöb alatti pánikzavar (Klerman és mtsai, 1991; Leon és mtsai, 1995; Liebowitz, 1993; Olfson és mtsai, 1996), küszöb alatti generalizált szorongásos zavar (Angst és mtsai, 1997; Olfson és mtsai, 1996; Rick és Schweizer, 1997), küszöb alatti szomatizációs zavar (Escobar és mtsai, 1987), küszöb alatti kényszeres zavar (DSM-IV-ben, BNO 10.-ben még a szorongásos zavarok közé tartozik, DSM-5-ben kikerült innen) (Olfson és mtsai, 1996), küszöb alatti poszttraumás stressz zavar (Carlier és Gersons, 1995; Schnurr és mtsai, 1993; Solomon és Canino, 1990; Stein és mtsai, 1997) és küszöb alatti szociális fóbia (Davidson és mtsai, 1994) diagnózisa volt felállítható. Felnőttek körében a küszöb alatti generalizált szorongásos zavar (Generalized Anxiety Disorder: GAD) 12 hónapos prevalenciáját 3,6-15,7%-nak találták (Carter és mtsai, 2001; Rucci és mtsai, 2003), tudomásom szerint gyermekek és serdülők körében erről még nem közöltek adatokat.

A küszöb alatti depressziós zavar mellett a küszöb alatti ADHD témáját tekintettük át szisztematikusan, öt adatbázisban (Ovid MEDLINE, Psycinfo, PubMed, Scopus, Web of Science). Figyelembe véve az értekezésemben bemutatásra kerülő kutatások fókuszát, az alábbiakban részletesen bemutatom ezt a szisztematikus áttekintésünket is. Összesen 18 ide vonatkozó közleményt találtunk (ld. 4. táblázat) (Balázs és Keresztény, 2014). A vizsgálatok azt mutatták, hogy a küszöb alatti ADHD: 1) prevalenciája 0,80-10%, 2) jelentős funkciókárosodással jár, pl. rosszabb az iskolai teljesítmény, gyakoribb a kimaradás az iskolából és gyakoriak a kortárskapcsolati nehézségek. Az áttekintett vizsgálatok alapján azt találtuk, hogy a küszöb alatti ADHD diagnózisú gyermekek funkcionálitása rosszabb, mint egészséges társaiké, de kisebb mértékű a funkciókárosodásuk, mint a klasszifikációs rendszerek kritériumait kimerítő gyermekeké. Mindezek alapján a küszöb alatti ADHD felismerése és adekvát ellátása fontos, mely hozzájárul a prevencióhoz.

Tehát, mint fentebb írtam, a küszöb alatti pszichés zavarok is meghatározott kritériumokon alapulnak, azonban az irodalom szisztematikus áttekintése során, mind a küszöb alatti depressziós zavar (ld. 3. táblázat), mind a küszöb alatti ADHD (ld. 4. táblázat) esetén azt láttuk, hogy nincsen olyan egységesen elfogadott definíció, mint a klasszifikációs rendszerek szerinti zavaroknál (számos tünetszám, időkritérium használt, illetve még az is eltérő lehet az egyes vizsgálatokban, hogy szükséges-e, hogy

a tünetek funkciókárosodást okozzanak, illetve, hogy ha igen, akkor hány helyzetben). Mindez hozzájárulhatott ahhoz, hogy pl. a prevalenciában széles értékhatárokat látunk mindkét tünetegyüttes esetében.

A széles prevalencia határokhoz a számos definíción túl, mindkét fentebb tárgyalt küszöb alatti kórkép esetében hozzájárulhat, hogy a kutatások változatos eszközöket használtak: egyesek csak strukturált/félig strukturált diagnosztikus kérdőívet, mások önkitöltős, szülői, vagy tanári tünetbecslő skálát, míg voltak olyan vizsgálatok, melyek többféle eszközt is használtak (ld. 3. táblázat és 4. táblázat).

Kevés vizsgálat foglalkozott kifejezetten a küszöb alatti zavarok és az öngyilkosság összefüggésével. Felnőttek körében Johnson és munkatársai (1992) azt találták, hogy azoknak, akiknél küszöb alatti depressziós zavart diagnosztizáltak 25,8%-a számolt be korábbi öngyilkossági kísérletről. Korábbi, felnőttek körében végzett vizsgálatunk során azt találtuk, hogy öngyilkossági kísérletet elkövetők 83,6%-ánál a kísérletük idejében fennállt DSM-IV szerinti legalább egy pszichiátriai zavar, ezenkívül 78,6%-uknál legalább egy küszöb alatti pszichiátriai zavar is (Balázs és mtsai, 2000). Továbbá azt találtuk, hogy 10%-uknál, akiknél nem volt felállítható klasszifikációs rendszer szerinti zavar, felállítható volt legalább egy küszöb alatti pszichiátriai zavar. Az öngyilkosságot megkísérlők 68,6%-nál mind klasszifikációs rendszer kritériumait kimerítő, mind küszöb alatti pszichiátriai zavar is fennállt. Fergusson és munkatársai (2005) 25 éves utánkövetéses, születési kohorsz vizsgálatukban azt találták, hogy akiknél küszöb alatti depressziós zavart diagnosztizáltak 18 éves korukban, azoknál magasabb az öngyilkossági gondolat és kísérlet előfordulási gyakorisága 18 és 25 éves koruk között, mint akiknél nem találtak küszöb alatti depressziós zavart 18 éves korukban.

Foley és munkatársai (2006) 9-16 éves gyermekeket vizsgáltak és azt találták, hogy az öngyilkos magatartású fiatalok körében, akiknél nem állítható fel DSM-IV-TR szerinti pszichiátriai zavar, magasabb a küszöb alatti zavarok előfordulási gyakorisága, mint azoknál a hasonló korú gyermekeknél, akiknél nem találtak öngyilkos magatartást. Értekezésemben, pont a téma kevésbé vizsgált, ámde igen nagy klinikai relevanciája miatt, egyik bemutatásra kerülő kutatásunk serdülők körében vizsgálja a küszöb alatti depressziós és szorongásos zavar és az öngyilkos magatartás kapcsolatát (az értekezés következő fejezeteiben kerül bemutatásra: 3.5., 4.5., 5.5., 6.5.), míg ezen a területen végzett másik ismertetésre kerülő kutatásunk az ADHD tüneteit dimenzionálisan

kezelte és vizsgálta az öngyilkos magatartással való kapcsolatukat (az értekezés következő fejezeteiben kerül bemutatásra: 3.2., 4.2., 5.2., 6.2.).

A küszöb alatti zavarok vizsgálata felveti a medikalizáció kérdését, hiszen olyan új esetekre fókuszálunk, amelyek korábban kívül estek azokon a problémákon, melyeket a hivatalos klasszifikációs rendszerek nevesítettek. Azáltal, hogy akár a tünetszámot, akár az idő kritériumot csökkentjük, lejjebb visszük a klasszifikációs küszöb határát annál, mint amit a jelenlegi rendszerek megkívánnak, ezáltal valóban kiszélesítjük azt a csoportot, amelyik a szakemberek figyelmébe kerül. Mindez felveti annak a rizikóját, hogy normál állapotokat kórosnak véleményezünk, akár medikalizálunk, ezért a téma igen alapos, több szempont szerinti megközelítést igényel. Fontos ennek a kérdésnek az átgondolásánál, hogy pl. saját vizsgálatunknál (Dallos és mtsai, 2014) már a klinikumban valamilyen probléma miatt megjelenő személyeknél diagnosztizáltunk küszöb alatti zavart. Tehát nem a normál populációból szűrtünk ki olyan gyermekeket, akik „jól voltak”, csak mi diagnosztizáltunk náluk küszöb alatti kórképe(ke)t, ami valóban felvethetné a medikalizáció kérdését, hanem olyanoknál, akiknek problémájuk volt, ezért fordultak szakellátáshoz. A témában fent ismertetett eddigi adatok szintén pont azt mutatják, hogy amikor küszöb alatti zavarról beszélünk, akkor már eleve fennáll károsodás számos területen a normál populációhoz képest, de ezek még nem olyan mértékűek, mint a klasszifikációs rendszerek szerinti állapotoknál. Azonban nagyon fontos minden további adat, ami a küszöb alatti zavarok szerepének és következményének pontosabb meghatározásához vezethet.



4. táblázat. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a gyermek-, és a serdülőkori küszöb alatti ADHD-t vizsgálják (Balázs és Keresztény, 2014).

| Hivatkozás                 | Ország     | Vizsgálati elrendezés  | Minta            | Eszközök                               | Küszöb alatti ADHD definíciója  | Minta elemszáma a vizsgálat kezdetekor (N)                   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor  | Főbb eredmények   |
|----------------------------|------------|--|------------------|--|---|--|---|---|
| Airaksinen és mtsai (2004) | Finnország | Keresztmetszeti  | Populációs minta | Nordic “five-to-fifteen” kérdőív       | DSM-IV 9 tünetéből 5-nek kell fennállni a figyelemzavarból és/vagy a hiperaktivitásból. | N=471 (N=230 fiú)  | Korhatár: 6-8 év  | Populációs vizsgálat során azt találták, hogy a 6-8 éves gyermekek 1,9%-nál állítható fel a küszöb alatti ADHD diagnózisa. Komorbiditás magas volt küszöb alatti ADHD mellett is. Az ADHD tünetek súlyossága korrelált a társuló problémák súlyosságával. |
| August és mtsai (1992)     | USA        | Keresztmetszeti  | Populációs minta | CBCL-TRF, CBCL-PRF, DICA-R             | CBCL-TRF > 60 és CBCL-PRF Hiperaktivitás skálán < 65 pontszám                           | ADHD: N=64 (N=40 fiú)<br>Küszöb alatti ADHD: N=35 (N=20 fiú) | Elsőtől negyedik osztályig általános iskolás diákok   | Az ADHD diagnózisú gyermekeknél több károsodást és nagyobb esélyt találtak komorbid diszruptív viselkedészavar kialakulására, mint küszöb alatti ADHD esetében.   |
| Biederman és mtsai (2010)  | USA        | Longitudinális: 10 év (átlagos utánkövetés: 11 év; határ: 9-14 év) | Klinikai minta   | < 18 év: K-SADS-E-IV,<br>> 18 év: SCID | DSM-IV teljes diagnózishoz szükséges tünetekből több, mint a fele fennáll.              | ADHD: N=110 fiú<br>Kontroll: N=105                           | Alapfelmérés: Korhatár: 6–17 év<br>Utánkövetés: Átlagéletkor 22,2 év (SD=3,7), Korhatár: 15-31 év | 10 éves utánkövetésnél azoknál, akiknél gyermekkorukban ADHD állt fenn, 22%-ban már nem merítették ki a DSM-IV szerinti ADHD diagnózist, azonban küszöb alatti ADHD állt fenn.  |

4. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a gyermek-, és a serdülőkori küszöb alatti ADHD-t vizsgálják (Balázs és Keresztény, 2014).

| Hivatkozás              | Ország    | Vizsgálati elrendezés | Minta            | Eszközök                   | Küszöb alatti ADHD definíciója  | Minta elemszáma a vizsgálat kezdetekor (N)  | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor         | Főbb eredmények   |
|-------------------------|-----------|-----------------------|------------------|----------------------------|---|---|--|---|
| Bussing és mtsai (2010) | USA       | Longitudinális: 8 év  | Populációs minta | DISC-IV, K-SADS-PL, VADPRS | 9 DSM-IV tünetből 4/5 fennáll a figyelmetlenség és/vagy a hiperaktivitásból.  | ADHD: N=94<br>Küszöb alatti ADHD: N=75<br>Kontroll: N=163   | Alapfelmérés: 5-11 év                                    | A küszöb alatti ADHD növelte az esélyét annak, hogy rosszabb osztályzatokat kapjon az illető személy.                 |
| Bussing és mtsai (2012) | USA       | Longitudinális: 10 év | Populációs minta | DISC-IV, K-SADS-PL, VADPRS | 9 DSM-IV tünetből 4/5 fennáll a figyelmetlenség és/vagy a hiperaktivitásból.  | ADHD: N=87 (N=45 fiú)<br><br>Küszöb alatti ADHD: N=23 (N=9 fiú)<br><br>Kontroll: N=112 (N=55 fiú)   | Átlagéletkor: 16,8 év (SD=1,3)<br>Korhatár: 13,8–20,5 év | Mind az ADHD, mind a küszöb alatti ADHD csoportnak több, mint kétszeres volt az esélye, hogy az érettségig megbukjon. |
| Cho és mtsai (2011)     | Dél Korea | Keresztmetszeti       | Populációs minta | DISC-IV, K-ARS             | 3-5 figyelmetlenség és/vagy hiperaktivitás / impulzivitás tünet. Funkciókárosodásnak legalább két helyzetben meg kell jelenni. Gyermeknél teljesülnie kell a DSM-IV ADHD kezdetre vonatkozó kor kritériumnak. | N=580 gyermek (N=333 fiú):<br><br>ADHD: N=20<br><br>Küszöb alatti ADHD: N=68<br><br>Kontroll: N=410 | Átlagéletkor: 9,0 év (SD=0,7)<br>Korhatár: 8-11 év       | A küszöb alatti ADHD előfordulási gyakorisága 11,7% volt ebben a vizsgálatban.  |

4. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a gyermek-, és a serdülőkori küszöb alatti ADHD-t vizsgálják (Balázs és Keresztény, 2014).

| Hivatkozás                | Ország | Vizsgálati elrendezés | Minta            | Eszközök | Küszöb alatti ADHD definíciója  | Minta elemszáma a vizsgálat kezdetekor (N)  | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor  | Főbb eredmények  |
|---------------------------|--------|-----------------------|------------------|----------|---|---|---|--|
| Cukrowicz és mtsai (2006) | USA    | Keresztmetszeti       | Populációs minta | DICA-R   | <p>Küszöb alatti ADHD különböző definíciói:</p> <p>Valószínű: egy tünet hiányzik a teljes diagnózishoz.</p> <p>Lehetséges: két tünet hiányzik a teljes diagnózishoz.</p> <p>Valószínű: 9 DSM-IV tünetből 5 fennáll a figyelmetlenség és/vagy a hiperaktivitásból.</p> <p>Lehetséges: 9 DSM-IV tünetből 4 fennáll a figyelmetlenség és/vagy a hiperaktivitásból.</p> | <p>11 éves ikrek: N=1624 (N=787 fiú)</p> <p>17 éves ikrek: N=1252 (N=578 fiú)</p> | <p>11 éves iker lányok<br/>Átlagéletkor = 11,70 év (SD = 0,46)</p> <p>11 éves iker fiúk<br/>Átlagéletkor = 11,32 év (SD = 0,51)</p> <p>17 éves iker lányok<br/>Átlagéletkor = 17,46 év (SD = 0,50)</p> <p>17 éves iker fiúk<br/>Átlagéletkor = 17,49 év (SD = 0,39)</p> | <p>Küszöb alatti ADHD előfordulási gyakorisága:</p> <p>Lehetséges esetek:<br/>11 évesek: N=16 (0,99%)<br/>17 évesek: N=10 (0,80%)</p> <p>Valószínű esetek:<br/>11 évesek: N=18 (1,11%)<br/>17 évesek: N=20 (1,60%)</p> |

4. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a gyermek-, és a serdülőkori küszöb alatti ADHD-t vizsgálják (Balázs és Keresztény, 2014).

| Hivatkozás                | Ország    | Vizsgálati elrendezés | Minta   | Eszközök                                | Küszöb alatti ADHD definíciója   | Minta elemszáma a vizsgálat kezdetekor (N)  | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor   | Főbb eredmények  |
|---------------------------|-----------|-----------------------|---|---|--|---|--|--|
| Fergusson és mtsai (2010) | Új Zeland | Longitudinális: 10 év | Populációs minta                                    | DISC Revised Behavior Problem Checklist | Legalább egy ADHD tünet, de nem meríti ki a teljes diagnózist.   | Születési kohorsz: N=995<br>ADHD: N=75<br>Küszöb alatti: N=609<br>Kontroll: N=311 | T1: Korhatár: 14-16 év<br>T2: 25 év  | A funkcionalitást áttekintve, azoknál találták a legrosszabb kimenetelt, akiknél fennállt az ADHD, azoknál a legjobbat, akiknél nem és közteset találtak a küszöb alatti ADHD-nál. |
| Gau és Chiang (2009)      | Taiwan    | Keresztmetszeti       | Klinikai minta, iskolai populációs kontroll csoport | K-SADS-E                                | Küszöb alatti ADHD két kondícióban:<br>(1) anyai vagy fiatal K-SADS-E kérdőív, de nem mindkettő, állította fel az ADHD-t<br>(2) mindkettő a lehetséges vagy valószínű ADHD-t diagnosztizált: valószínű (vagy nem éri el a teljes DSM-IV kritériumot, de több, mint a tünetek felét vagy nem okoz funkciókárosodást), lehetséges (néhány tünet, de nincs funkciókárosodás). | ADHD: N=281 (N=240 fiú)<br><br>Küszöb alatti ADHD: N=136<br><br>Kontroll: N=185   | Korhatár: 11-17 év<br><br>ADHD: Átlagéletkor= 12,8 év (SD=1,5)<br><br>Küszöb alatti ADHD: Átlagéletkor= 12,9 év (SD=1,6)<br><br>Kontroll: Átlagéletkor= 12,9 év (SD=1,5) | Együttjárást találtak az alvász problémák és ADHD tünetei között már küszöb alatti szinten is, amit részben a komorbiditásokkal magyaráztak.                                       |

4. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a gyermek-, és a serdülőkori küszöb alatti ADHD-t vizsgálják (Balázs és Keresztény, 2014).

| Hivatkozás                 | Ország     | Vizsgálati elrendezés  | Minta   | Eszközök   | Küszöb alatti ADHD definíciója   | Minta elemszáma a vizsgálat kezdetekor (N)                                      | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor   | Főbb eredmények   |
|----------------------------|------------|--|---|--|--|---|--|---|
| Gau és mtsai (2010)        | Taiwan     | Longitudinális: 6 év   | Klinikai minta, iskolai populációs kontroll csoport | K-SADS-E   | DSM-IV teljes diagnózishoz szükséges tünetekből több, mint a fele fennáll. | ADHD csoport: N=93 (N=77 fiú)<br>Kontroll: N=93                                 | Korhatár: 11–16 év<br>Klinikai minta: Átlagéletkor= 13,2 év (SD=1,5)<br>Kontroll: Átlagéletkor= 13,3 év (SD=1,4) | Azoknál a serdülőknél, akiknél gyermekkorukban ADHD állt fenn, figyelmesen fel kell mérni, hogy továbbra is fennállt-e, akár küszöb alatti szinten az ADHD, kiemelve, hogy mindkét esetben gyakori a pszichiátriai komorbiditás. Mind a szülői, mind a saját beszámoló fontos a diagnózis felállításakor. |
| Kadesjö és Gillberg (2001) | Svédország | Longitudinális: 4 év<br>T1<br>T2: 2 évvel később<br>T2: 4 évvel később | Populációs minta                                    | Tanári szűrő kérdőív, Conners tanári kérdőív (10-item), Conners szülői kérdőív | 14 DSM-III-R tünetből 5,6 vagy 7 fennáll.                                  | N=409 (N=224 fiú):<br>ADHD: N=15<br>Küszöb alatti ADHD: N=42<br>Kontroll: N=352 | Alapfelméréskor: 7 év  | A komorbid zavarok előfordulási gyakorisága magas küszöb alatti ADHD mellett.   |

4. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a gyermek-, és a serdülőkori küszöb alatti ADHD-t vizsgálják (Balázs és Keresztény, 2014).

| Hivatkozás                | Ország    | Vizsgálati elrendezés | Minta            | Eszközök | Küszöb alatti ADHD definíciója  | Minta elemszáma a vizsgálat kezdetekor (N)                           | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor   | Főbb eredmények  |
|---------------------------|-----------|-----------------------|------------------|----------|---|--|--|--|
| Kim és mtsai (2009)       | Dél-Korea | Keresztmetszeti       | Populációs minta | DISC-IV  | 3-5 figyelmetlenség és/vagy a hiperaktivitás/impulzívitás tünet. Gyermekeknél szintén teljesülnie kell a DSM-IV ADHD kezdetre vonatkozó kor és funkciókárosodásra vonatkozó kritériumnak. | ADHD: N=123<br><br>Küszöb alatti ADHD: N=231<br><br>Kontroll: N=2319 | ADHD: Átlagéletkor= 10,0 év (SD=2,9)<br><br>Küszöb alatti-ADHD: Átlagéletkor= 10,9 év (SD=3,0),<br><br>Kontroll: Átlagéletkor= 11,2 év (SD=3,1), | Küszöb alatti ADHD egy éves előfordulási gyakorisága: 8,64%.<br>Az ADHD és a küszöb alatti ADHD csoportban szignifikánsan magasabb volt a szorongásos-, a hangulatzavar, az ODD, CD és a tik zavarok előfordulási gyakorisága, mint a kontroll csoportban.                                     |
| Lewinsohn és mtsai (2004) | USA       | Keresztmetszeti       | Populációs minta | K-SADS   | DSM-III-R tünetéből legalább 5-nek kell meglennie, de nem meríti ki a teljes diagnózist.  | N=1704 (47,9% fiú)   | 9-12. osztályos diákok; Átlagéletkor= 16,6 év (SD=1,2)   | Küszöb alatti ADHD előfordulási gyakorisága: 6,4%.<br><br>Küszöb alatti ADHD diagnózisú gyermekeknek szignifikánsan nagyobb esélyük volt, hogy a következő kórképek kialakuljanak: major depressziós zavar: OR= 2,9 (1,6-5,0), alkohol dependencia: OR= 2,5 (1,1-6,1), CD: OR= 4,7 (2,0-11,4). |

4. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a gyermek-, és a serdülőkori küszöb alatti ADHD-t vizsgálják (Balázs és Keresztény, 2014).

| Hivatkozás                | Ország     | Vizsgálati elrendezés | Minta  | Eszközök  | Küszöb alatti ADHD definíciója  | Minta elemszáma a vizsgálat kezdetekor (N)   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor | Főbb eredmények   |
|---------------------------|------------|-----------------------|--|-----------|---|--|--|---|
| Malmberg és mtsai (2008)  | Svédország | Keresztmetszeti       | Populációs minta<br>A Swedish Twin study of Child and Adolescent Development (TCHAD) | K-SADS-PL | Küszöb alatti ADHD: 6 figyelmetlenség és/vagy 6 hiperaktivitás/impulzivitás tünet, de legalább egy közülük "lehetséges" értékelést kapott és nem "biztosat".<br><br>ADHD: csak 'biztos' tüneteket tartalmaz | N=177 lány és N=135 fiú:<br><br>Küszöb alatti ADHD: N=29<br><br>Küszöb alatti Viselkedészavar : N=31<br><br>Nincs diagnózis: 252 | Korhatár: 14,6-16,7 év                           | Küszöb alatti ADHD előfordulási gyakorisága:<br>ADHD-I: 23,1%,<br>ADHD-HI: 15,0%,<br>ADHD-C: 9,5%.<br><br>A CGI összpontszám mind az ADHD-s, mind a küszöb alatti ADHD-s csoportban alacsonyabb volt, mint akiknél nem állt fenn diagnózis.   |
| Malmberg és mtsai. (2011) | Svédország | Keresztmetszeti       | Populációs minta<br>Swedish Twin study of Child and Adolescent Develop. (TCHAD)      | K-SADS-PL | Küszöb alatti ADHD: 6 figyelmetlenség és/vagy 6 hiperaktivitás/impulzivitás tünet, de legalább egy közülük "lehetséges" értékelést kapott és nem "biztosat".<br><br>ADHD: csak 'biztos' tüneteket tartalmaz | N=177 lány és N=135 fiú:<br><br>Küszöb alatti ADHD: N=29<br><br>Küszöb alatti Viselkedészavar : N=31<br><br>Nincs diagnózis: 252 | Korhatár: 14,6-16,7 év                           | Küszöb alatti ADHD számos más probléma rizikófaktorának mutatkozott, mint pl. dohányzás, alkohol fogyasztás. Lányoknál a küszöb alatti ADHD együttjárt depresszió, mánia, pánik, fobiák, anorexia nervosa, PTSD és tik tünetekkel. Fiúknál a küszöb alatti ADHD együttjárt depresszió és PTSD tünetekkel. |

4. táblázat folytatása. Szisztematikus áttekintő tanulmányunkba bekerült közlemények, melyek a gyermek-, és a serdülőkori küszöb alatti ADHD-t vizsgálják (Balázs és Keresztény, 2014).

| Hivatkozás               | Ország | Vizsgálati elrendezés   | Minta            | Eszközök   | Küszöb alatti ADHD definíciója   | Minta elemszáma a vizsgálat kezdetekor (N)   | Vizsgált személyek kora a vizsgálatba bevonáskor          | Főbb eredmények  |
|--------------------------|--------|---|------------------|--|--|--|---|--|
| Rielly és mtsai (2006)   | Kanada | Keresztmetszeti   | Populációs minta | CBCL-önkitöltős<br>CBCL-szülői,<br>CBCL-tanár,<br>ADHD DSM-IV szerinti pontozó skála | Küszöb alatti figyelmi problémák: CBCL önkitöltő Figyelmi problémák alszála $\geq 85$ percentil;<br>Kontroll: CBCL önkitöltő Figyelmi problémák alszála $< 50$ percentil | Küszöb alatti figyelmi problémák: N=64 (N=34 fiú)<br><br>Kontroll: N=85 (N=30 fiú) | Átlagéletkor= 11,8 év (SD = 1,2)<br>Korhatár = 10 -14 év  | Küszöb alatti figyelmi problémával jellemzett gyermekeknek több nehézségük volt a szociális területeken és a funkcionalitásban, mint a kontroll gyermekeknek.  |
| Scahill és mtsai (1999)  | USA    | Keresztmetszeti   | Populációs minta | DISC-R,<br>Conners tanári kérdőív,<br>Conners szülői kérdőív                         | ADHD: DISC-R $\geq 19$<br>Küszöb alatti ADHD: DISC-R=13-18 pont<br><br>Nincs-ADHD: DISC-R $\leq 12$  | ADHD: N=39<br>Küszöb alatti ADHD: N=100<br>Non-ADHD: N=260                         | Átlagéletkor= 9,2 év (SD=1,78)<br>Korhatár= 6-12 év       | Az ADHD súlyosabb formája több pszichoszociális nehézséggel és pszichiátriai komorbiditással jár együtt.   |
| Shankman és mtsai (2009) | USA    | Longitudinális:<br>15 év<br>T1<br>T2: 1 évvel később<br>T3: T1 + 9 év<br>T4: T1 + 15 év | Populációs minta | K-SADS-E   | Legalább 5 tünetnek meg kell lennie.   | Küszöb alatti ADHD: N=86 (N=55 fiú)  | T1: Átlagéletkor= 16,6 év (SD=1,2)<br>Korhatár = 14-20 év | Küszöb alatti ADHD szignifikánsan jobban bejósolta az alkohol és pszichoaktív szerfüggőség, a CD és az antiszociális személyiségzavar kialakulását, mint akiknél nem állt fenn küszöb alatti ADHD, vagy akiknél teljes ADHD állt fenn. |



CBCL-PRF: Gyermekviselkedési Kérdőív – Szülői Változat (Child Behavior Checklist – Parent Rating Form), CBCL-TRF: Gyermekviselkedési Kérdőív- Tanári Változat (Child Behavior Checklist – Teacher Rating Form), CGI: Children Global Assessment, DICA-R: Diagnostic Interview for Children and Adolescents Revised, DISC-IV: Diagnostic Interview Schedule for Children, Version 4.0, K-ARS: Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála koreai változata (Korean version of the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scale, K-SADS-E: Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children (Epidemiologic Version), K-SADS-E-IV: Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children (Epidemiologic Version) assessing DSM- IV disorders, K-SADS-PL: Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime, SCID: Strukturált Klinikai Interjú (Structured Clinical Interview for DSM-IV), SDQ: Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strengths and Difficulties Questionnaire), VADPRS: Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale

## 2.8. Az életminőség és az öngyilkosság

Továbbgondolva az öngyilkosság esetleges rizikófaktorait, és átvezetve a “Bevezető”-t a védőfaktorok részhez, rátérnék az életminőség kérdésére. Az életminőség egy interdiszciplinális fogalom, amely a szociológiából került át az egészségügybe (Health Related Quality of Life: HRQoL) és a pszichológiába, és az utóbbi időben egyre több figyelmet kap (Ferriss, 2004).

A szociológia kutatásai először az egyén életkörülményeit, szocioökonómiai státuszát (SES-át) mérték fel, majd az élet különböző területein való elégedettségének vizsgálatára is kiterjedtek (Schussler és Fischer, 1985). Ezen vizsgálatok rámutattak, hogy az objektív körülmények, mint a jövedelem, valamint az anyagi szükségletek kielégítettségi foka, csak kis mértékben járulnak hozzá a magasabb életminőséghez, így az életminőség megértéséhez mind az objektív, mind a szubjektív komponenseket figyelembe kell vennünk (Jekkel és Magyar, 2007).

Az életminőségnek nincs egységesen elfogadott meghatározása, sőt Liu (1976) szerint annyi meghatározás van az életminőség fogalmára, ahány ember él a világon. Számos szempontot figyelembe vesz a WHO (1993) definíciója, mely szerint az életminőség az egyén szubjektív felfogása az életben elfoglalt helyzetéről, melyet céljai és elvárásai befolyásolnak. Mindez az adott kultúra és értékrendszer kontextusában értelmezendő, amelyben a vizsgált személy él. Továbbá a WHO meghatározás szerint az életminőség egy széleskörű fogalom, melyet komplex módon befolyásol a személy fizikai egészsége, pszichológiai állapota, függetlenségének foka, társas kapcsolata, valamint a környezet szálens ingereihez fűződő viszonya (WHO, 1993). Ezen WHO definícióból látható, hogy az életminőség konstruktumában az objektív és a szubjektív szempontok egymást kiegészítik (Tringer, 2003). A kutatások rámutattak, hogy az objektív és a szubjektív szempont között lévő kapcsolat gyakran meglehetősen gyenge (Theunissen és mtsai, 1998) és megfogalmazták az ún. elégedettségi paradoxont, mely szerint pl. egy betegség súlyossága alapján még nem lehet a beteg életminőségére következtetni (Staudinger, 2000).

Gyermekek életminőségének felmérésével normál populáción több nagy, nemzetközi kutatás is foglalkozik, így pl. az „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) vizsgálat, melyben hazánk 1985 óta vesz részt (Aszmann, 2003; Haugland és mtsai, 2001; Németh, 2010; Nordahl és mtsai, 2011; Örkényi és Koszonits, 2004; Rathmann és mtsai, 2016) és a A KIDSCREEN projekt (von Rueden és mtsai, 2006). Ezen vizsgálatok szerint egészséges gyermekek

körében az életkor növekedésével csökkent a gyermekek élettel való elégedettsége, mégpedig a lányok életminősége az életkor előrehaladtával nagyobb mértékben csökkent, mint a fiúké (Aszmann, 2003; Michel és mtsai, 2009).

Az utóbbi évtizedben szomatikus betegségben szenvedő gyermekeknél igen nagy figyelmet kapott az életminőség vizsgálata, egyrészt, mint a „betegségek terhének” egyik legfontosabb mutatója (Varni és mtsai, 2012), másrészt mint a terápiák hatékonyságának egy további mérési lehetősége (Lovell és mtsai, 2015; Pratt és mtsai, 2013). Vizsgálatok kimutatták, hogy pl. krónikus légzőszervi (Kurpas és mtsai, 2013), kardiális (Uzark és mtsai, 2008), epilepsziás (Mathiak és mtsai, 2010) és tumoros (Eiser és mtsai, 2005) megbetegedésben szenvedő gyermekek életminősége szignifikánsan alacsonyabb egészséges társaikénál.

Ezen kutatások mellett az utóbbi években a pszichés zavarok életminőségre gyakorolt hatására is egyre több figyelem irányult mind gyermekek, mind felnőttek körében. Major depressziós epizóddal (Guan és mtsai, 2011; Kiss és mtsai, 2009), autizmus spektrum zavarral (Tavernor és mtsai, 2013), obszesszív-kompulzív zavarral (Lack és mtsai, 2009) diagnosztizált betegek alacsonyabb életminőségről számoltak be, mint az egészséges személyek.

Tekintve, hogy az értekezésemben bemutatásra kerülő vizsgálatokban több kontextusban is megjelenik az ADHD, kicsit részletesebben kitérek ennek a – mint korábban ismertettem, gyermekkorban 6-12% prevalenciát is elérő – kórképnek az életminőséggel talált kapcsolatára. Az ADHD és az életminőség kapcsolatát Danckaerts és munkatársai (2010) 1988-2008 közötti, valamint kutatócsoportunk (Velő és mtsai, 2013) az ezt követő időszakban 2012-ig megjelent közlemények alapján szisztematikusan áttekintette: az eredmények alapján az ADHD-val diagnosztizált gyermekek életminősége rosszabb, mint az egészséges társaiké. Ezt az eredményt kutatócsoportunk megerősítette ADHD-val “frissen diagnosztizált”, kezelést még nem kapó gyermekek vizsgálatával (Velő és mtsai, 2014). Tovább vizsgálva az ADHD és az életminőség közötti kapcsolatot, kutatócsoportunk eredményei - összecsengve a korábban ismertetett egészséges gyermek populáción találtakkal (Aszmann, 2003; Michel és mtsai, 2009) - azt mutatják, hogy az ADHD diagnózisú lányok és az idősebb gyermekek rosszabbnak ítélik meg életminőségüket, mint az ADHD diagnózisú fiúk, illetve a fiatalabb gyermekek; valamint, hogy az ADHD típusa nem áll kapcsolatban az ADHD melletti rosszabb életminőséggel, továbbá, hogy az ADHD mellett megjelenő

komorbid pszichiátriai zavarok rontják a gyermekek életminőségét (Dallos és mtsai, 2017).

Bár értekezésem előző fejezetében részletesen foglalkoztam a küszöb alatti zavarok koncepciójával és jelentőségével, egy igen lényeges aspektusa ezen konstruktumnak - mégpedig az életminőséggel való kapcsolata - csak említésre került, erre részletesebben ebben a fejezetben világítok rá. Az előző fejezetben ismertettem, hogy kutatócsoportunk strukturált diagnosztikus kérdőívvel vizsgálva azt találta, hogy csaknem minden hatodik gyermeknél, aki pszichiátriai intézményben segítséget kért, "csak" küszöb alatti pszichiátriai zavar diagnosztizálható, tehát nem volt felállítható egyetlen - a klasszifikációs rendszerek diagnosztikai kritériumai szerinti - pszichiátriai diagnózis sem, annak ellenére, hogy a panaszok miatt már szakemberhez fordultak (Dallos és mtsai, 2014). Ezen gyermekek további vizsgálatánál azt az eredményt kaptuk, hogy az ADHD tünetei mellett a csökkent életminőség az egyik faktor, ami szignifikánsan megnövelte az esélyét annak, hogy egy gyermek pszichiátriai vizsgálatra kerüljön (Dallos és mtsai, 2014).

Fontos kérdés, hogy kitől szerezzünk információt a gyermek életminőségének vizsgálatakor. Mint fentebb, az életminőség fogalom meghatározásánál kifejtettem, ennek a konstruktumnak igen fontos eleme a szubjektív megítélés, tehát ebből egyértelműen következik, hogy az illetőtől magától mindenképpen informálódunk kell. Azonban az utóbbi évek kutatásai - többek között kutatócsoportunk eredményei is ADHD, illetve tanulási zavar diagnózisú gyermekeket vizsgálva - azt mutatják, hogy szükséges egy „külső, objektív” véleményező is az életminőség megítéléséhez a „belső, szubjektív” megítélés mellé, hogy átfogóbb képet kapjunk az illető életminőségéről (Balázs és mtsai, 2016; Dallos és mtsai, 2017; Lack és mtsai, 2009; Mattejat és Remschmidt, 1998). A külső megítélő szükségessége már egészséges felnőtt populáció életminőségének vizsgálatakor is felmerült, de igazán a fókuszba gyermekek, valamint pszichés problémával küzdők esetében került: előbbi csoportnál fejlődési szintjük miatt (Owens és mtsai, 2007), utóbbiaknál pedig azért, mert a betegség tüneteiből - pl. depresszió vagy ADHD esetében - direkt következhet az életminőség megítélésében disztorzió (Hoza és mtsai, 2004). Külső, proxy megítélőként gyakran kérik a szülő véleményét a gyermek életminőségéről, azonban összetett kérdés, mennyire külső megítélő a szülő, hisz integráns része gyermeke életének. Az utóbbi években, felismerve a több forrásból való informálódás szükségességét, számos vizsgálat – kutatócsoportunk vizsgálatai is - ezen metodikát használva eltérést talált a gyermek

életminőségének megítélésében a szülői, és a gyermek saját véleménye alapján (Balázs és mtsai, 2016; Dallos és mtsai, 2017; Eiser és Morse, 2001; Jozefiak és mtsai, 2008; Kiss és mtsai, 2009; Lack és mtsai, 2009; Moreira és mtsai, 2013; Rajmil és mtsai, 2013; Szentiványi és mtsai, 2017; Vetró és mtsai, 2003; Wood és mtsai, 2008). A szülői és a gyermek véleményben talált eltérés iránya, mértéke függhet attól, hogy a gyermek milyen pszichés problémával küzd, illetve az életminőség mely területét mérjük fel (Achenbach és mtsai, 1987; Kiss és mtsai, 2009; Lack és mtsai, 2009; Szentiványi és mtsai, 2017). A vizsgálatok alapján úgy tűnik, hogy klinikai populációban a szülők általában alacsonyabbnak ítélik gyermekeik életminőségét, mint a gyermekek maguk (Kiss és mtsai, 2009; Lack és mtsai, 2009; Szentiványi és mtsai, 2017), míg egészséges populációban ez pont fordítva van, a gyermekek az életminőségüket negatívabban értékelték, mint szüleik (Jozefiak és mtsai, 2008; Kiss és mtsai, 2009).

Mint a fentiekből láthatjuk, a pszichiátriai betegségek, akár már küszöb alatti formában is alacsonyabb életminőséggel járnak. Azt is tudjuk, mint ahogy értekezésem "Bevezető"-jében is összefoglaltam, hogy a pszichés zavarok növelik az öngyilkosság rizikóját. Mindez az utóbbi években a szakemberek érdeklődését az öngyilkosság és az életminőség közötti lehetséges kapcsolat vizsgálatához vezette, bár egyelőre limitált a vizsgálatok száma.

Először azokat az eddigi kutatásokat mutatom be, melyek az életminőség és az öngyilkos magatartás kapcsolatát normál populáción vizsgálták. Egy keresztmetszeti populációs vizsgálat 15 évesnél idősebb serdülők és felnőttek körében azt találta, hogy azok, akiknek öngyilkossági gondolataik vannak, alacsonyabb életminőségről számolnak be, mint azok, akiknél nem állnak fenn öngyilkossági gondolatok (Goldney és mtsai, 2001). Egy felnőttek körében végzett eset-kontroll vizsgálat szerint azok a személyek, akiknek az anamnézisében öngyilkossági kísérlet szerepel, szignifikánsan alacsonyabb életminőségről számolnak be, mint azok az illesztett kontroll személyek, akik nem kíséreltek meg öngyilkosságot (Kumar és George, 2013). Egy random kiválasztott populációs vizsgálat során találták azt, hogy az alacsonyabb életminőség növeli az öngyilkossági gondolatok megjelenésének esélyét (Fairweather-Schmidt és mtsai, 2016). Fiatal felnőtt egyetemista populációt vizsgáló keresztmetszeti elrendezésű kutatás során szintén azt találták, hogy az alacsonyabb életminőség az öngyilkossági gondolatok szignifikáns prediktora (Farabaugh és mtsai, 2012). Egy felnőttek körében végzett longitudinális vizsgálat azt mutatja, hogy azoknál, akik az alapfelméréskor kevésbé voltak elégedettek az életükkel, a húsz éves utánkövetésnél

nagyobb eséllyel találtak befejezett öngyilkosságot (Koivumaa-Honkanen és mtsai, 2001). Egy pszichológiai autopszia módszerével végzett vizsgálat arról számol be, hogy szignifikáns rizikófaktor a befejezett öngyilkosságnak, ha az öngyilkosságot megelőző hónapban alacsonyabb az életminőség (Phillips és mtsai, 2002).

A következőkben az életminőség és az öngyilkos magatartás kapcsolatát klinikai populáción vizsgáló kutatásokat tekintem át. Alves és munkatársai (2016) vizsgálatában a mentális betegséggel élők azon csoportja, akiknél fennállt öngyilkossági kísérlet rizikója szignifikánsan alacsonyabb életminőségről számoltak be, mint akinél nem. További klinikai populáción végzett vizsgálatok azt találták, hogy azok a depresszió (major depressziós epizódú, disztímás vagy bipoláris zavar depressziós epizódjában levő) (Berlim és mtsai, 2003), bipoláris zavar (Algorta és mtsai, 2011), szkizofrénia (Kao és mtsai, 2012; Yan és mtsai, 2013) és epilepszia (Andrade-Machado és mtsai, 2015; Hecimovic és mtsai, 2012) diagnózisú betegek, akiknél jelenlegi öngyilkossági gondolatok állnak fenn, rosszabb életminőségről számolnak be, mint azok az azonos diagnózisú betegek, akiknek nincsenek öngyilkossági gondolataik. Továbbá azok a gyermek és felnőtt bipoláris betegek és felnőtt szkizofrén betegek, akik megkíséreltek korábban öngyilkosságot, alacsonyabb életminőségről számolnak be, mint azok a szkizofrén és bipoláris betegek, akiknek az anamnézisében nem szerepel öngyilkossági kísérlet (Algorta és mtsai, 2011; de Abreu és mtsai, 2012; Huang és mtsai, 2012; Kao és mtsai, 2012; Ponizovsky és mtsai, 2003; Xiang és mtsai, 2008), kivéve egy vizsgálatban, ahol azok a felnőtt szkizofrén betegek, akiknek volt korábban öngyilkossági kísérletük magasabb életminőségről számolnak be a szociális életük terén, mint akik korábban nem kíséreltek meg öngyilkosságot (Yan és mtsai, 2013). Park és munkatársai (2013) speciális betegcsoportot, mégpedig tumoros betegek hozzátartozóit vizsgálva, akiknél depressziós és/vagy szorongásos tünetek állnak fenn, szintén azt találták, hogy a hozzátartozók alacsonyabb életminősége növeli náluk az öngyilkossági gondolatok előfordulásának esélyét.

Azonban, ha részletesebben áttekintjük a fentebb ismertetett életminőség és öngyilkos magatartás kapcsolatát vizsgáló kutatásokat, akkor ellentmondó eredményeket kapunk: logisztikus regresszió módszerével Farabaugh és munkatársai (2012) azt találták, hogy ha a szociodemográfiai (kor, nem, életkörülmények, család SES-je) és klinikai változók (pl. depresszió) szerepét is figyelembe vesszük, fiatal egyetemistáknál az alacsonyabb életminőség akkor is az öngyilkossági gondolatok szignifikáns prediktora marad. Továbbá Ponizovsky és munkatársai (2003) és Xiang és munkatársai (2008) arról

számoltak be, hogy a különbség az életminőségben azon szkizofrén betegek között, akiknek volt korábban öngyilkossági kísérletük és akiknek nem, szignifikáns maradt, miután korrigálták az elemzésüket klinikai változókra, mint a betegség kezdetének ideje, múltbeli és jelenlegi komorbid pszichopatológia (pl. depressziós tünetek); azonban Kao és munkatársai (2012) azt találták, hogy az életminőség és az öngyilkos magatartás – beleértve a korábbi öngyilkossági kísérletet és a jelenlegi öngyilkossági gondolatokat - között akkor már nem állt fenn szignifikáns kapcsolat, amikor az elemzést kontrollálták a depresszió tüneteire, kivéve az életminőség szociális kapcsolatok doménját, ami továbbra is szignifikáns maradt. Epilepsziás betegeket vizsgálva Andrade-Machado és munkatársai (2015) arról számoltak be, hogy a depresszió mellett az alacsonyabb életminőség is szignifikánsan emelte az öngyilkosság rizikóját, míg Hecimovic és munkatársai (2012) szerint csak a depresszió növelte szignifikánsan az öngyilkosság rizikóját, az alacsonyabb életminőség öngyilkossági rizikó növelő hatása nem maradt szignifikáns.

Tudomásom szerint az életminőség és az öngyilkos magatartás kapcsolatát vizsgáló fentebb ismertetett kutatások közül csupán egy foglalkozott a nem szerepével (Koivumaa-Honkanen és mtsai, 2001): az alapfelméréskor talált élettél való elégedettség csökkenése összefüggésben áll az öngyilkosság rizikójával, függetlenül a nemtől. Azonban azoknak a férfiaknak, akik kevésbé voltak elégedettek az élettél és akár szomatikus, akár mentális betegségben szenvedtek, szignifikánsan nagyobb volt az öngyilkossági rizikójuk az utánkövetés időszaka alatt, mint azoknak a nőknek, akik szintén kevésbé voltak elégedettek az élettél és szomatikus vagy mentális betegségben szenvedtek. Továbbá férfiaknál az élettél való csökkent elégedettség jobban növelte az öngyilkosság rizikóját, mint a szomatikus vagy mentális betegségük, míg nőknél ez pont fordítva volt.

Összefoglalva az életminőség és az öngyilkos magatartás kérdésével foglalkozó kevés kutatást, a vizsgálatok többsége rámutat a csökkent életminőség és az öngyilkos magatartás kapcsolatára, azonban találunk ellentmondó adatokat is. Továbbá megjegyzendő, hogy 18 éves kor alatti populációra csupán igen kevés vizsgálat fókuszált.

## 2.9. Az öngyilkosság védőfaktorai és megelőzési lehetőségei

Az öngyilkosság védőfaktorai csoportosíthatók aszerint, hogy az egyénben, a családban, illetve a barátokban vagy a társadalomban rejlők (Buda és Füredi, 1986).

Egyéni védőfaktor a jó problémamegoldó képesség, az optimizmus, azonban ha valaki depressziós lesz, ezek jelentősen károsulnak a betegség jellegéből adódóan. A rendszeres sportolás is védőfaktornak számít (Page és mtsai, 1998). Szintén egyéni védőfaktor a vallásosság, felekezethez tartozás jellegétől függetlenül (Rihmer és Fekete, 2012). Továbbá ebbe a csoportba sorolható, hogy ha valaki a pszichiátriai betegségére megkapja az adekvát rövid és hosszútávú kezelést.

Családi védőfaktor a jó szülő-gyermek kapcsolat. Vizsgálatok leírták, hogy alacsonyabb a szuicid rizikó azoknál, ahol a szülők segítenek gyermeküknek fontos döntéseket meghozni (Balázs és Kapornai, 2012; Balázs 2015a). A terhesség, a szülést követő első év és a nagyobb gyermekszám szintén védő hatású az öngyilkossággal szemben (Rihmer és Fekete, 2012). A közeli, jó barátok is protektív hatással bírnak (Balázs és Kapornai, 2012; Balázs 2015a).

Társadalmi szinten levő védőfaktor, ha a pszichés zavarokat nem stigmatizálják, ha az egészségügy könnyen elérhető és ha működnek prevenciós programok (pl. iskolákban – ld. alább) (Balázs és Kapornai, 2012; Balázs 2015a).

Mint fentebb láthattuk, az öngyilkosság legfontosabb rizikófaktorai a kezeletlen pszichiátriai betegségek (Balázs és mtsai, 2003; Cavanagh és mtsai, 2003; Gould és mtsai, 2003; Shaffer és mtsai, 1996): míg az öngyilkosság miatt meghalt személyek 90%-nál fennáll pszichiátriai betegség, csupán 5-20%-uk állt pszichiátriai kezelés alatt az öngyilkosság elkövetésének idejében (Marttunen és Pelkonen, 2000). Így a megelőzésnek egyik kulcsfontosságú lépése, ha annak érdekében tudunk tenni, hogy ezek a pszichiátriai betegségek felismerésre kerüljenek és az illető eljusson szakemberhez és megkapja a megfelelő ellátást.

A kapuőr (gatekeeper) programoknak pont ez a lényege: azoknak, akik esetleg kapcsolatba kerülhetnek olyan személyekkel, akiknél öngyilkossági rizikó állhat fenn, a szakemberek képzést tartanak arról, hogy hogyan ismerhetik fel az öngyilkosság figyelmeztető jeleit, és ilyenkor mi a teendő (Balázs, 2015a; Wyman és mtsai, 2008).



Fiatalok esetében az egyik legfontosabb kapuőr személy a szülő. Mint ahogy fentebb írtam, védőfaktor az öngyilkossággal szemben a jó szülő-gyermek kapcsolat. Ilyen esetben a szülők nagyobb eséllyel ismerik fel gyermekükénél, ha megváltozik a viselkedése, pszichés problémája van, esetleg szuicid rizikó áll fenn, és kéri szakember segítségét. Ezért fontos prevenciós program, ha a szakemberek a szülőknek tartanak pszichoedukációt, miből ismerhető fel, ha gyermekükénél ilyen jellegű probléma áll fenn és ekkor mit tegyenek, hova forduljanak (Balázs és Kapornai, 2012).

Kapuőr a társadalomban a házi(gyermek)orvos. Érdekes, hogy az öngyilkosságot elkövető és megkísérlő mind fiatalok, mind felnőttek 35-40%-a felkeresi valamilyen ürüggyel az öngyilkosságot megelőző egy hétben a házi(gyermek)orvosát (Balázs és Kapornai, 2012; Yeates és Thompson, 2008). Ilyenkor általában „direkt” módon nem beszélnek öngyilkossági szándékukról, de valamilyen jelzést adnak. Ezért kiemelt jelentőségűek a házi(gyermek)orvosoknak tartott képzések, melyek hatékonyságát az úttörő Gotland vizsgálat bizonyította (Rutz és mtsai, 1989), majd hazánkban a Kishunhalasi vizsgálat néven ismert kutatás megerősített (Rihmer és mtsai, 2001, Szántó és mtsai, 2007), valamint a hazánkban is zajló nemzetközi együttműködéses Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe) program (Hegerl és mtsai, 2009). Fontos azonban tudni, hogy ezeket a programokat időről-időre ismételni kell, hogy hatékonyságuk fennmaradjon.

A fiataloknál fontos színtere a különböző jellegű prevenciós programoknak az iskola, hisz itt sok gyermek, illetve velük foglalkozó felnőtt egyszerre elérhető és a strukturált keretek is biztosíthatóak, amelyek az egyes programokhoz szükségesek (Gould és mtsai, 2003, 2009; Scott és mtsai, 2009; Shaffer és Gould, 2002).

Iskolában zajló kapuőr program a pedagógusok képzése, hogy hogyan ismerhetik fel, ha egy diákjuknál fokozott öngyilkossági rizikó áll fenn és ekkor mit tegyenek (Balázs és Kapornai, 2012; Gould és mtsai, 2003).

Szintén iskolai keretek között működő hatékony prevenciós módszer, ha a szakemberek direkt szűrik a pszichés problémájú, szuicid rizikójú fiatalokat az iskolában és irányítják őket szakszerű ellátásba (Gould és mtsai, 2009). Ennél a technikánál leírják, hogy igen magas a fals-pozitív esetek száma a kiszűrt fiatalok között, de tekintve a téma magas letalitását, a fokozott szenzitivitás kevésbé probléma, mint az alacsony specificitás, bár költségvonzatai meggondolandóak (Gould és mtsai, 2005).

Fontos megelőző programok, az ún. „awareness” programok. Az „awareness” angol kifejezésnek nincs tökéletes magyar fordítása, jelentésének, ha körülírjuk, talán az önhatékonyság szó felel meg a legjobban. Az „awareness” programok során a szakemberek képzéseket tartanak arról, hogy egy személy hogyan tudja önmagában, vagy iskolatársánál/barátjánál, felnőttek esetében pl. kollégájánál felismerni, hogy pszichés problémája van és/vagy öngyilkossági rizikó áll fenn és ilyenkor mi a teendő. A programok lényege az is, hogy biztassák az illetőt, hogy szükség esetén kérjen segítséget. Fiatal korosztályban hatékony, ha ilyen program iskolai keretek között történik, beépülve a kurrikulumba (Portzky és Van Heeringen, 2006). Ilyen fiataloknak szóló öngyilkosság prevenciós program például a Signs of Suicide (SOS), ami ötvözi: 1) az imént ismertetett „awareness” képző elemeket - a fiatalok ismerjék fel önmagukban és/vagy társukban, ha öngyilkossági figyelmeztető jelek állnak fenn, vegyenek róla tudomást, és próbáljanak segíteni, illetve szóljanak egy felnőttnek –, és 2) egy rövid, depressziót és más öngyilkossági rizikófaktorokat szűrő programot (Aseltine, 2003; Aseltine és DiMartino, 2004). A program „awareness” képző része különféle oktatást segítő anyagokat is tartalmaz, pl. videófilmet, ami bemutatja a depresszió tüneteit, az öngyilkosság figyelmeztető jeleit, azt, hogy hogyan viszonyuljunk valakihez, illetve hogyan kommunikáljunk valakivel, akinek depressziós és/vagy öngyilkossági gondolatai, tervei vannak. A videó bemutat olyan személyeket is, akiknek korábban öngyilkossági kísérletük volt. A szűréshez a SOS program során kezdetben a Columbia Depresszió Skálát használták, ami egy 22 itemes önkitöltős kérdőív a Diagnostic Interview Schedule for Children IV (DISC-IV) változata alapján (Shaffer és mtsai, 2000), majd a Brief Screen for Adolescent Depression önkitöltős kérdőívet, ami szintén a DISC-IV alapján készült (Lucas és mtsai, 2001). Ha ezeken a kérdőíveken a fiatal egy meghatározott pontszám felett jelzett, arra buzdították őket a programban résztvevő szakemberek, hogy sürgősen kérjenek segítséget egy felnőttől, akiben megbíznak, aki lehet a szülő, egy tanár vagy bárki más. A kérdőívek kitöltése teljesen anoním volt, így a veszélyeztetett fiatalok beazonosítására, elérésére nem volt lehetőség, azonban a módszer kidolgozói úgy gondolták, hogy így jobban megnyílnak a fiatalok, őszintébben töltik ki a kérdőívet és inkább kérnek segítséget (Aseltine, 2003; Aseltine és DiMartino, 2004).

Kettő randomizált, kontrollált vizsgálat – és az egyik megismétlése kiterjesztéssel – ismert, mindegyik az USA-ban, melyek az iskolai prevenciós programok hatékonyságát

vizsgálták (Aseltine és DiMartino, 2004; Aseltine és mtsai, 2007; Wilcox és mtsai, 2008). Az egyik a fentebb ismertett SOS program hatékonyságát mérte, először 2100 középiskolás bevonásával, és azt az eredményt kapták, hogy a 3 hónapos utánkövetésnél önkítöltős kérdőív alapján az öngyilkossági kísérletek incidenciája szignifikáns alacsonyabb volt a SOS programot használó csoportban a kontroll csoporthoz képest, azonban a súlyos öngyilkossági gondolatok incidenciája nem volt alacsonyabb a kontroll csoporthoz képest (Aseltine és DiMartino, 2004); majd a vizsgálat kiterjesztésekor, összesen 4133 középiskolás vizsgálatkor ugyanezt az eredményt kapták a 3 hónapos utánkövetésnél (Aseltine és mtsai, 2007). A másik randomizált, kontrollált vizsgálat a Good Behaviour Game (GBG) program hatékonyságát vizsgálta (Wilcox és mtsai, 2008). A GBG program egy általános, tehát nem öngyilkosság megelőzés specifikus iskolai program, ami viselkedésterápiás elemeket tartalmaz (pl. jutalmazás) annak érdekében, hogy elősegítse az osztályokban a tanár által meghatározott kívánatos viselkedést és csökkentse az agresszív és maladaptív viselkedést. A GBG program hatékonyságának vizsgálatába 1196 első osztályos gyermeket vontak be, majd 15 évvel később, 21-22 éves korukban utánkövették őket (83%-os volt az utánkövetési arány). Fiatal felnőttkorban abban a csoportban, ahol a GBG programot végezték, szignifikánsan kevesebb volt az öngyilkossági gondolatok és kísérletek incidenciája, mint a kontroll csoportban (Wilcox és mtsai, 2008). Iskolai keretek között zajló öngyilkosság megelőző programokat szisztematikusan áttekintő két tanulmány is arra a következtetésre jutott, hogy további randomizált kontrollált kutatások szükségesek ezen programok hatékonyságának a vizsgálatához (de Silva és mtsai, 2013; Katz és mtsai, 2013).

Nagy szerepe van serdülőkorban a kortárs segítőknek, mert ebben a korban a serdülők általában nagyobb bizalommal vannak a kortársaik, mint a felnőttek felé. Ezért a kortárs segítőknek tartott szuicid prevenciós képzések fontos prevenciós programok (Balázs és Kapornai, 2012). Szintén jelentős szuicid prevenciós szerepük van a lelkisegély-telefonszolgálatoknak (Vijayakumar és Armson, 2005).

Fontos a média szerepe a szuicid prevencióban. Rendszeresen megjelenő pszichológiai, pszichiátriai felvilágosító tevékenység során a média tehet annak érdekében, hogy a társadalomban enyhüljön és lekerüljön a stigma a pszichés betegségekről és ne legyen szégyen gond esetén pszichológushoz, pszichiáterhez fordulni. Ezen műsorok során a média azt is közvetíteni tudja, hogy egy öngyilkosság megelőzhető, valamint ismertetni

tudja az öngyilkosság rizikófaktorait és figyelmeztető jeleit, és azt is, hogy hová forduljanak a bajban levők és erre biztatni tudja a rászorulókat (Schmidtke és Schaller, 2000). Niederkroenthaler és munkatársai (2010) a média ezen szuicid prevenciós hatását Papageno effektusnak nevezték el. Médianak szóló ajánlást dolgozott ki számos szervezet, így a WHO és az International Association for Suicide Prevention (IASP) együtt, az American Foundation for Suicide Prevention (AFSP), a Szamarinátusok (American Foundation for Suicide Prevention, 2017; Samaritans, 2017; WHO and International Association for Suicide Prevention, 2017), valamint ezek alapján számos országban, így hazánkban nemzeti ajánlások születtek, melyek irányelvet nyújtanak az öngyilkosságról szóló hírközlés szakemberek által javasolt módjára (Nemzeti Média és Hírközlési Hatóság, 2012). Ismert ugyanis, hogy a szenzációhajász hírközlés egy híres ember öngyilkosságáról, az erre esékeny személyekben (pl. válságban levők, depresszióban szenvedők) - serdülők különösen – fokozhatja az öngyilkosság rizikóját (Werther effektus), míg a megfelelő, mértéktató, fenti szempontokat figyelembe vevő hírközlés preventív hatással bír (Balázs és mtsai, 2013b; Cheng és mtsai, 2007; Fekete és Schmidtke, 1995; Schmidtke és Schaller, 2000; Sudak és Sudak, 2005).

Mindezen fentebb leírt prevenciós eszközök azt segítik elő, hogy a pszichiátriai problémával küzdő, esetlegesen szuicid veszélyeztetett személyek eljussanak szakemberhez. A következő fontos lépés, hogy a szakemberek adekvát ellátást biztosítsanak. Ennek fontos lépése, hogy rutinszerűen szűrjék pl. depressziós betegeiknél a szuicid rizikót, mégpedig úgy, hogy megkérdezik a betegeiket, hogy vannak-e öngyilkossági gondolataik és/vagy terveik (Hawton és van Heeringen, 2009). Tévhit az, hogy ha direkt rákérdezzünk valakinél, hogy vannak-e öngyilkossági gondolatai, terve, akkor ezzel ötletet adunk erre és növeljük az öngyilkossági esélyt. Vizsgálatok támasztják alá, hogy ennek pont a fordítottja igaz, ezzel csökkentjük a szuicid rizikót, mert esélyt adunk az illetőnek, hogy az addig esetleg tabunak vélt gondolatairól beszéljen, ez a szorongását csökkentheti, továbbá ezzel természetesen növeljük a felismerés esélyét is (Gould és mtsai, 2005). Mint korábban írtam, a klasszifikációs rendszer legújabb, DSM-5 kiadása felépítésével ebben az irányban segíti a szakemberek munkáját, hisz egy kórkép kritériumainak végiggondolásánál mindenképpen ki kell térniük a szuicid rizikó értékelésére (American Psychiatric Association, 2013). Amennyiben fennáll a páciensnél öngyilkossági rizikó, biztosítani kell számára bármikor elérhető segítséget. Fontos, hogy a szakember megbeszélje a

beteggel magával, gyermekek esetében mindenképpen a szülővel is, felnőttek esetében a beteg beleegyezésével hozzátartozójával a beteg jelenlegi helyzetét, és hogy amennyiben fokozódik az öngyilkossági rizikó, azonnal kérjenek segítséget. Közvetlen veszélyeztető állapot esetén, tehát pl. ha valaki konkrét öngyilkossági tervről számol be vagy búcsúlevelet találunk nála, azonnali ellátást kell nyújtani, mely gyakran kórházi felvételt is jelent, illetve korlátozó intézkedések is szükségesek lehetnek, pl. veszélyes eszközök átmeneti elzárása a beteg elől vagy zárt osztályon történő elhelyezés szoros obszervációval (Balázs, 2015a). Következő fontos lépés, mely prevenció hatású is, a fennálló pszichiátriai zavar evidenciákon alapuló, szakmai irányelveknek megfelelő kezelése.

Ismert, hogy pszichiátriai hospitalizált betegeknél megnő az öngyilkosság rizikója közvetlenül a kórházból való elbocsátás után (Yim és mtsai, 2004). Ezért jelentős szuicid prevenció lépés, ha az ellátórendszerbe be van építve, hogy fokozatosan „szoktatja hozzá” a páciens a kórházon kívüli élethez és szoros utánkövetést biztosít (Meehan és mtsai, 2006).

Mint ahogy az öngyilkosság rizikófaktorainál leírtam, egy korábbi öngyilkossági kísérlet jelentősen növeli egy következő öngyilkossági kísérlet, illetve akár egy befejezett öngyilkosság esélyét. Ezért rendkívül fontos prevenció lépés ezen személyek utánkövetése. Vizsgálatok leírták öngyilkossági kísérletet elkövető személyeknél a kognitív viselkedésterápia hatékonyságát, ezáltal szuicid prevenció szerepét (Brown és mtsai, 2005).

Társadalmi szintű hatékony prevenció eszköz az öngyilkossághoz vezető módszerek elérhetőségének korlátozása: pl. nagy toxicitású vegyszerek elérhetőségének szigorúbb szabályozása, vasúti síneknél, hidakon védőkorlát kialakítása, szigorúbb fegyvertartási törvények bevezetése (Mann és mtsai, 2005; Goodwin és Jamison, 2007).

Az egészséges viselkedés fejlesztése hozzájárul a fokozott kockázatú viselkedés csökkentéséhez, így az öngyilkosság prevenciójához is. Az elmúlt években a gyermek-, és serdülőkori mentális egészség fejlesztése és a pszichés problémák megelőzése az EU-ban központi figyelmet kapott és számos programot dolgoztak ki (eredeti angol címmel megadva): European Network of Health Promoting Schools (ENHPS) (Burgher és mtsai, 1999), Mental Health Promotion for Children up to 6 years (Mental Health Europe, 2018a), Mental Health Promotion of Adolescents and Young People,

14-24 years (Mental Health Europe, 2018b), Mental Health promotion and prevention strategies for coping with anxiety, depression and stress related disorders in Europe, special sector about children, adolescents and young people up to 24 years in educational and other relevant settings (Berkels és mtsai, 2004), Mental Health Information and Determinants for the European Level (MINDFUL) (National Institute for Health and Welfare, 2017), Implementing Mental Health into Policy Action (IMHPA) (Jané-Llopis, 2007; Mental Health Europe, 2017; Saxena és mtsai, 2006), European Alliance Against Depression (EAAD) (Scheerder és mtsai, 2011; EADD team, 2017), Monitoring of Suicidal Behaviour in Europe (MONSUE) (European Commission, 2017), Child and Adolescent Mental Health in Enlarged European Union: development of effective policies and practices, (CAMHEE) (CAMHEE project team, 2018), Promoting and Protecting Mental Health – Supporting Policy through Integration of Research, Current Approaches and Practices (ProMenPol) (ProMenPol project team, 2017), The European Mental Health Action Plan 2013–2020 - WHO/Europe (Mental Health Europe, 2018c).

Egy szakértői csoport - The Expert Platform on Mental Health, Focus on Depression - , melynek én is tagja voltam, a PubMed és a Cochrane Library adatbázisokban a 2005.01.01. és 2014.12.31. között öngyilkosság prevenció téren megjelent cikkeket dolgozta fel szisztematikus áttekintő tanulmányában (Zalsman és mtsai, 2016), mely Mann és munkatársainak (2005) ugyanezen témában készült szisztematikus áttekintő tanulmányának a következő 10 évre végzett folytatása. Vizsgálatunkba 23 szisztematikus áttekintő tanulmány, 12 meta-analízist, 40 randomizált, kontrollált vizsgálat, 67 kohorsz és 22 ekológiai vagy populációs vizsgálat került. Kellő evidenciát találtunk a öngyilkossághoz vezető módszerek elérhetőségének korlátozása, az iskolai prevenciós programok és szükség esetén a megfelelő pszichoterápia és/vagy gyógyszeres terápia öngyilkosság prevenciós hatása mellett. Nem találtunk kellő evidenciát a szűrőprogramok, a lakosság képzése és a média-irányelvek hatékonyságáról. További vizsgálatok szükségességét vetettük fel a kapuőr programok, az orvosok képzése és a segélytelefonok hatékonyságának bizonyításához. Az áttekintett cikkek alapján azt a következtetést vontuk le, hogy a hatékony öngyilkosság megelőzés érdekében bizonyítottan hatékony egyéni és társadalmi szintű programok kombinálása szükséges (Zalsman és mtsai, 2016).

### 3. CÉLKITŰZÉSEK

Az értekezésemben bemutatott vizsgálataim célja a hatékony öngyilkosság megelőzés elősegítése.

- Kutatásaim során célom volt az öngyilkos magatartás és az NSSI ismert, az értekezés “Bevezető”-jében leírt rizikótényezőin kívüli további, jelenleg kutatás alatt álló elsődleges rizikófaktorok feltérképezése, mint:
  - a depressziós kevert epizód,
  - a küszöb alatti és a klasszifikációs rendszer kritériumai szerinti ADHD,
  - a küszöb alatti depresszió és szorongás,
  - az életminőség.
- Az értekezés “Bevezető”-jében láthattuk, hogy számos fiataloknak szóló, iskolában zajló öngyilkosság megelőző program létezik, azonban mint ahogy ismertettem, szisztematikus áttekintő tanulmányok alapján megfogalmazódott ezen intervenciók randomizált, kontrolált vizsgálatának igénye. Továbbá azt is tudjuk, hogy egy iskola általában nem tud ennyi tevékenységnek helyet adni, sem az időkeretek, sem a költségek miatt. Célkitűzésünk volt ezen prevenciós programok hatékonyságát összehasonlítani, és eredményeink alapján evidenciákra alapuló, kulturálisan adaptált, hatékony iskolai prevenciós programot ajánlani.

#### 3.1. A depressziós kevert epizód mint öngyilkossági rizikófaktor

A kutatás célja a major depressziós epizód diagnózist kapott betegek egy alcsoportjának, a depressziós kevert epizóddal jellemzett páciensek előfordulási gyakoriságának és a tünetegyüttes jellemzőinek vizsgálata volt öngyilkossági kísérletet elkövetett személyeknél, amely kérdést tudomásunk szerint korábban még nem vizsgálták (Balázs és mtsai, 2006).

#### 3.2. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint öngyilkossági rizikófaktor

A kutatás célja a kezelést még nem kapó, ADHD tüneteit mutató – mind küszöb alatti, mind a klasszifikációs rendszerek kritériumait kimerítő – klinikai gyermek és serdülő populációnál az öngyilkos magatartás előfordulási gyakoriságának felmérése, továbbá annak vizsgálata, hogy direkt asszociáció található-e az ADHD tünete és az öngyilkos magatartás között, vagy a komorbid kórképek mediálnak és ez változik-e a korral (gyermekeknél és serdülőknél).. Tudomásunk szerint előttünk nem vizsgálták még nem

kezelt, klinikai ADHD tüneteket mutató populációnál az öngyilkos magatartást, illetve a küszöb alatti ADHD tünetek és az öngyilkosság kapcsolatát (Balázs és mtsai, 2014).

### **3.3. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint a nem-szuicidális önsértés rizikófaktora**

A kutatás célja az ADHD tüneteit mutató – mind küszöb alatti, mind a klasszifikációs rendszerek kritériumait kimerítő – klinikai serdülő lány és fiú populációnál az NSSI előfordulási gyakoriságának felmérése, továbbá annak vizsgálata, hogy direkt asszociáció található-e az ADHD tünetei és az NSSI között, vagy a komorbid kórképek mediálnak-e, és ez hogyan változik lányoknál és fiúknál (Balázs és mtsai, 2018a).

### **3.4. Az életminőség mint öngyilkossági rizikófaktor**

A kutatás célja az életminőség lehetséges mediátor szerepének vizsgálata öngyilkos magatartású, klinikai ellátásba került serdülőknél (Balázs és mtsai, 2018b). Tudomásunk szerint az életminőséget, mint mediátor változót a pszichopatológia és az öngyilkosság között még nem vizsgálták. Serdülőknél az öngyilkos magatartás és az életminőség kapcsolatát is még igen kevesen vizsgálták.

### **3.5. A küszöb alatti pszichiátriai zavarok mint öngyilkossági rizikófaktorok**

A kutatás célja serdülők körében a küszöb alatti depressziós zavar és a küszöb alatti szorongásos zavar előfordulási gyakoriságának felmérése európai populációs mintán, és ezen tünetegyütteseknek pszichopatológiával, funkciókárosodással és öngyilkos magatartással való további kapcsolatának vizsgálata (Balázs és mtsai, 2013a).

### **3.6. Hatékony fiataalkori öngyilkosság prevenciós program kidolgozása**

A kutatás célja serdülőknek iskolai keretek között zajló, fiatalokat megcélzó önhatékonyság fejlesztő („awareness”) öngyilkosság prevenciós program kidolgozása, továbbá ezen újonnan kidolgozott program hatékonyságának az összevetése szintén iskolai keretek között zajló direkt szűréssel és a tanárokat megcélzó kapuőr programmal, és mindezek alapján evidenciákon alapuló, iskolában zajló serdülőkori prevenciós program ajánlása (Wasserman és mtsai, 2010; Wasserman és mtsai, 2012; Wasserman és mtsai, 2015).



## 4. MÓDSZEREK

### 4.1. A depressziós kevert epizód mint öngyilkossági rizikófaktor

#### 4.1.1. Eljárás, vizsgálati személyek

A vizsgálatot az illetékes Etikai Bizottság engedélyével végeztük. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt. A betegek tájékoztatás után beleegyező nyilatkozatot írtak alá. Regisztráltuk azok számát, akik a vizsgálatban való részvételt elutasították, vagy azt az állapotuk nem tette lehetővé.

Vizsgálatunkba 100, egymás után felvételre kerülő, nem violens módszerrel (gyógyszertúladozás és mérgezés) öngyilkossági kísérletet elkövetett személyt vontunk be Budapesten az Erzsébet Kórház és Rendelőintézet Krízisintervenciós osztályán. A vizsgált személyek 18 és 65 év közöttiek voltak.

Az öngyilkossági kísérletet vizsgálatunkban úgy definiáltuk, hogy ha egy személy saját elmondása szerint szándékosan bántalmazta magát, azzal a céllal, hogy meghaljon.

Bevételi kritérium a megadott kor intervallum volt, illetve hogy definíció szerint öngyilkossági kísérleten esett át az illető, és az öngyilkossági kísérletet követő 24 órán belül a vizsgálati kérdőívet (ld. alább) fel tudtuk venni vele. Ha ezek teljesültek egyéb kizárási kritériumok nem voltak a vizsgálatban.

#### 4.1.2. Eszközök

Vizsgálatunkban diagnosztikus eszközként a *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)* módosított változatát használtuk (Balázs és mtsai, 1998; Balázs és Bitter, 2000; Balázs és mtsai, 2001; Lecrubier és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1998; Sheehan és mtsai, 2010). A jelen vizsgálatban használt, felnőtteknek kidolgozott kérdőív a MINI kérdőívesaládba tartozik – melynek gyermek változatát a következő vizsgálat módszertanát ismertető fejezetben mutatom be (ld. 4.2. fejezet) -, melyet két kutatócsoport, egy amerikai - David Sheehan vezetésével - és egy európai - Yves Lecrubier irányításával - dolgozott ki. Ennek megfelelően a kérdőív igyekszik a pszichiátria amerikai és európai szemléletét összegezni, és képes mind a DSM-IV-TR-nek, mint a BNO 10.-nek megfelelő diagnózisok felállítására. A kérdőív egyes kérdései az adott kórkép tüneteire a DSM-IV-TR rendszerének megfelelően kérdeznek rá. A MINI magyar változatát PhD munkám során validáltuk (fordításában

és validálásában részt vettem), és ajánlottuk hazai klinikai és kutatómunka végzésére (Balázs és mtsai, 1998; Balázs és Bitter, 2000; Balázs és mtsai, 2001). A MINI egy strukturált diagnosztikus interjú, mely 16 DSM-IV-TR I. tengelyű diagnózis felmérését végzi. A kérdéseket a vizsgáló teszi fel a páciensnek, aki „IGEN”-nel, vagy „NEM”-mel válaszolhat. A MINI módosított változata nem használja ki az eredeti kérdőív „elágazó fa logikáját”, így felmérjük a vizsgált kórképek összes lehetséges tünetét (nem lehet ugrani a következő kórképre akkor sem, ha az éppen vizsgált kórképnél az alaptünetek nem állnak fenn, hanem rákérdezzünk a kísérő tünetekre ebben az esetben is). Ez a módosítás tette lehetővé, hogy annak ellenére felmérjük a hipomániás tüneteket, ha nem állt fenn sem emelkedett hangulat, sem irritabilitás a páciensnél, ezáltal a depressziós kevert epizódot is mérni tudtuk. A magyar nyelvű MINI kérdőív major depressziós epizódra és mániás/hipomániás epizódra vonatkozó módosított kérdéssorait az 1. melléklet és 2. melléklet mutatja be.

A vizsgálatba bevont személyekkel az öngyilkossági kísérletüket követően 24 órán belül vettük fel a MINI-t. A kérdőíveket a vizsgálatra kiképzett két pszichiáter vette fel. Annak érdekében, hogy megfelelően magas inter-rater reliabilitást biztosítsunk, a vizsgálat megkezdése előtt a kérdőívet felvevők képzésen vettek részt és folyamatos szupervíziót biztosítottunk.

#### 4.1.3. Statisztika

Az elemzésekhez a STATA statisztikai szoftver Release 8.2-es verzióját használtuk (STATA, 2017). Az adatfeldolgozásnál leíró statisztikát, khi-négyzet próbát ( $\chi^2$ ), Fisher-egzakt tesztet, illetve egyváltozós és többszörös logisztikus regressziót használtunk. A megbízhatósági szintet, illetve az elsőfajú hiba (alfa) szintjét mindig a  $p \leq 0,05$  értéknél határoztuk meg.

A depressziós kevert epizód Akiskal és Benazzi (2003) és Benazzi (2005a) definíciója szerint határoztuk meg a vizsgálatunkban: teljes major depressziós epizód vagy disztímiás zavar, és legalább 3 nem-eufóriás hipomániás tünet fennállása szükséges egy időben.

## 4.2. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint öngyilkossági rizikófaktor

### 4.2.1. Eljárás, vizsgálati személyek

A vizsgálatot az illetékes Etikai Bizottság engedélyével végeztük. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt. A szóbeli és írásbeli tájékoztatás után minden résztvevő gyermek szülője/gondviselője és a 14 évesnél idősebb gyermekek írásbeli beleegyező nyilatkozatot írtak alá. Regisztráltuk azok számát, akik a vizsgálatban való részvételt elutasították.

A Vadaskert Alapítvány, Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancián 2006. szeptember 4. és 2007. november 30. között minden első alkalommal kivizsgálásra kerülő gyermeket megkíséreltünk a vizsgálatba bevonni. A vizsgálatba való bekerülés kritériuma volt, hogy ne legyen idősebb a gyermek, mint 18 éves, alsó korhatára nem volt. Kizárási kritérium volt, ha az anamnézisben mentális retardáció szerepelt.

A vizsgálatba Dallos Gyöngyér doktori hallgatómat és Keresztény Ágnes, későbbi doktori hallgatómat (akkor önkéntes egyetemi hallgatóként) vontam be. Ennek a kutatásnak egy másik kérdésének a feldolgozásából készült Dallos Gyöngyvérnek a doktori munkája, amit 2015-ben sikeresen megvédett, Keresztény Ágnesnek pedig hozzájárult a doktori anyagához, aki 2017-ben védte meg sikeresen doktori disszertációját.

### 4.2.2. Eszközök

A pszichiátriai zavarok - mind a küszöb alatti, mind a klasszifikációs rendszerek kritériumait kimerítő formájának - diagnosztizálásához a korábban (4.1. fejezetben) bemutatott MINI kérdőívcsalád gyermekeknek kidolgozott, *Gyermek MINI* változatának módosított verzióját vettük fel (Lecrubier és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1998; Sheehan és mtsai, 2010). Ennek a kérdőívnek is az eredeti változatát Sheehan és Lecrubier munkacsoportjai dolgozták ki (Lecrubier és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1998; Sheehan és mtsai, 2010). A Gyermek MINI hazai adaptálását munkatársaimmal végeztük (Balázs és mtsai, 2004). Vizsgálataink alapján megfelelő esetszám esetén a kérdőív kritériumvaliditás, interrater reliabilitás és teszt-reteszt reliabilitás eredményei alátámasztják a mérőeszköz jó használhatóságát és megbízhatóságát.

A Gyermek MINI az előző fejezetben bemutatott felnőtt változathoz hasonlóan egy rövid, strukturált, átfogó diagnosztikus kérdőív, amely mind a DSM-IV, mind a BNO 10. klasszifikációs rendszereknek megfelelő diagnózisok felállítását lehetővé teszi (Balázs és mtsai, 2004; Sheehan és mtsai, 2010).

A Gyermek MINI 31 gyermekpszichiátriai kórkép fennállását vizsgálja: hangulatzavarok, szorongásos kórképek, alkohol és drog abúzus/dependencia, tik zavarok, ADHD, oppozíciós zavar, viselkedési zavar, pszichotikus zavarok, evési zavarok, alkalmazkodási zavar, valamint az átható fejlődési zavar. A Gyermek MINI kérdései a felnőtt MINI-hez hasonlóan az adott kórképhez a DSM klasszifikációs rendszerben meghatározott kritériumokra vonatkoznak, és IGEN/NEM válaszokat lehet rájuk adni aszerint, hogy a tünetek a klasszifikációs rendszerben meghatározott ideig fennálltak-e. A Gyermek MINI a kórképek jelenlegi fennállását vizsgálja, kivéve a hipomániás/mániás epizódot, a pánik zavart és a pszichotikus zavart, mert ezeknél a kórképeknél az élettartam megjelenést is vizsgálja. Ezenkívül a Gyermek MINI felméri, szintén a DSM-IV kritériumai alapján, hogy a tünetek a mindennapi életben funkciókárosodást okoznak-e. Az egyes kórképek fennállását az adott diagnosztikus egység végén kell jelölni.

Mint említettem, itt is a kérdőív módosított változatát használtuk, mely ugyanolyan szempontok szerint került módosításra, mint az előző vizsgálat módszertanát ismertető fejezetben (ld. 4.1. fejezet) bemutatott felnőtt MINI kérdőív. Tehát míg az eredeti Gyermek MINI az elágazó fa szerkezetét követi, miszerint amennyiben a kórkép felállításának alapvető kritériumai nem teljesülnek, tovább lehet lépni a következő kórképet feltérképező kérdéssorra; a módosított verzióban az összes tünetet felmérjük, tehát az alapvető tünetek felmérése után nem lehet ugrani. Így lehetővé vált a küszöb alatti kórképek felmérése.

A jelenlegi öngyilkos magatartást a Gyermek MINI a következő kérdésekkel méri fel, melyek az elmúlt hónapra vonatkoznak: 1) „Kívántad azt, hogy bárcsak halott lennél?”, 2) „Akartál kárt tenni magadban?”, 3) „Gondoltál arra, hogy öngyilkos legyél?”, 4) „Eltervezted, hogy hogyan lennél öngyilkos?” 5) „Kíséreltél meg öngyilkosságot?”. Ezt az öt kérdést a vizsgálónak fel kell tennie és ha bármelyikre „igen” a válasz, akkor fennáll a jelenlegi öngyilkos magatartás kockázata.

A Gyermek MINI 18 évesnél fiatalabbak vizsgálatánál használható a kérdőív szerzőinek ajánlása szerint, mégpedig úgy, hogy 13 évesnél fiatalabb gyerekekkel a kérdőívet minden alkalommal szülei jelenlétében, az ő véleményüket is kikérve kell felvenni, míg 13 évesnél idősebb serdülőknél már csak a gyermek vesz részt a kérdőív felvételénél. A kérdőív kérdéseit a vizsgáló olvassa fel. A módosított Gyermek MINI kérdőív felvétele kb. 45-60 percet vesz igénybe.

A kérdőívet felvevők (gyermekpszichiáter szakorvos, pszichológus, gyógypedagógus, gyermekpszichiátrián dolgozó nővér, pszichológus hallgató) a vizsgálat megkezdése előtt képzésen vettek részt, majd a vizsgálat alatt folyamatos szupervízióban részesültek.

A Gyermek MINI kérdőíven kívül egy *Demográfiai adatlapot* is összeállítottunk a vizsgálatra (3. melléklet). Az adatlap a gyermek nemére, életkorára, a szülők iskolai végzettségére, gazdasági aktivitására, a család összetételére, a családi pszichiátriai anamnézisre, a testvérek számára, a születéssel kapcsolatos információkra, a gyermek korábbi pszichológiai/pszichiátriai kezelésére, krónikus betegségére, gyógyszereszedésére, a gyermek iskolájára vonatkozó kérdéseket tartalmaz. Az adatlapot a gyermekek szülője/gondviselője töltötte ki.

#### **4.2.3. Definíciók**

A pszichichiátriai zavarok diagnózisát a DSM-IV-TR kritériumai alapján határoztuk meg (American Psychiatric Association, 2000).

Jelenlegi öngyilkos magatartást diagnosztizáltunk, ha a serdülő az elmúlt hónapra vonatkozóan 'IGEN'-nel válaszolt a Gyermek MINI – a 4.3.2. fejezetben felsorolt - jelenlegi öngyilkos magatartás kockázatára vonatkozó kérdéseinek bármelyikére (Balázs és mtsai, 2004; Lecrubier és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1998; Sheehan és mtsai, 2010).

#### **4.2.4. Statisztika**

A statisztikai elemzéseket az IBM SPSS Statistics 20 (SPSS, 2011) programcsomaggal végeztük. A szignifikancia szintet  $\alpha=0,05$ -ben határoztuk meg. Az ADHD tünetei és az öngyilkos magatartás között a komorbid kórképek tüneteinek lehetséges mediáló hatásának elemzéshez Preacher és Hayes (2008) többszörös mediátor modelljét és az

általuk készített SPSS makrót használtuk. A modellbe azoknak a Gyermekek MINI-ben levő kórképeknek a tüneteit vontuk be, amelyeknek az előfordulási gyakorisága  $>5\%$  volt a mintában. Tíz mediátort vizsgáltunk: agorafóbia tünetei, pánikzavar tünetei, kényszeres zavar (OCD) tünetei, tik zavar tünetei, GAD tünetei, bizonyos szorongásos zavarok (szociális szorongásos zavar, szeparációs szorongásos zavar, specifikus fóbia) tünetei, major depressziós epizód és disztímia tünetei, (hipo)mániás epizód tünetei, oppozíciós zavar és viselkedészavar tünetei, alkohol és pszichoaktív szer abúzus és dependencia tünetei. A szignifikancia vizsgálatára bootstrap módszert használtunk (Preacher és Hayes, 2008), a bootstrap mintavételek száma 1000 volt. A gyermek életkorát és nemét kovariánsként vontuk be a modellbe. A kor lehetséges moderátor hatásának vizsgálatához a vizsgálati mintát két csoportra osztottuk, gyermekek ( $<12$  év) és serdülők ( $\geq 12$  év).

### **4.3. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint a nem-szuicidális önsértés rizikófaktor**

#### **4.3.1. Eljárás, vizsgálati személyek**

A vizsgálatot az Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi és Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának (ETT TUKEB) engedélyével végeztük. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt. A szóbeli és írásbeli tájékoztatás után minden résztvevő gyermek szülője/gondviselője és a 14 évesnél idősebb gyermekek írásbeli beleegyező nyilatkozatot írtak alá.

A Vadaskert Alapítvány, Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancián 2015. február 25. és 2016. május 09. között osztályos kivizsgálásra kerülő serdülőket vontunk be. A vizsgálatba való bekerülés kritériuma volt 13-18 év közötti kor volt. Kizárási kritérium volt, ha az anamnézisben mentális retardáció szerepelt.

A vizsgálatba két doktori hallgatómat vontam be – Horváth Lili Olgát és Mészáros Gergelyt - akiknek a kutatás egy-egy másik kérdésének a feldolgozása hozzájárul doktori munkájukhoz.

#### **4.3.2. Eszközök**

A küszöb alatti és a klasszifikációs rendszerek tüneteit kimerítő pszichiátriai zavarok diagnosztizálásához a 4.2.2. fejezetben bemutatott módosított *Gyermekek MINI* kérdőívet

vettük fel a serdülőkkel (Balázs és mtsai, 2004; Lecrubier és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1998; Sheehan és mtsai, 2010).

Az NSSI-t a *Szándékos Önsértés Kérdőívvel* (Deliberate Self Harm Inventory, DSHI) mértük fel (Gratz, 2001). A kérdőív a validálási vizsgálatok alapján magas belső konzisztenciával, adekvát teszt-reteszt reliabilitással, konstruktum, konvergens és diszkrimináns validitással rendelkezik (Gratz, 2001). A DSHI egy 17 kérdésből álló önkítöltős kérdőív, mely a szándékos önsértés különböző formáira kérdez rá, beleértve a gyakoriságot, súlyosságot, időtartamot. A kérdőív az önsértést úgy definiálja, mint a test közvetlen és szándékos károsítása öngyilkossági szándék nélkül. Az önsértés formáira vonatkozó kérdésekre „IGEN”/”NEM” válaszokat lehet bejelölni. Amennyiben a válasz „IGEN”, úgy további kérdésekre kell válaszolni, az első önsértés idején a páciens életkorára, az önsértés gyakoriságára, időtartamára és súlyosságára vonatkozóan.

Ebben a vizsgálatban is használtuk a korábbi vizsgálatunkra összeállított, a 4.2.2. fejezetben bemutatott *Demográfiai adatlapot* (3. melléklet).

#### 4.3.3. Definíciók

A pszichichiátriai zavarok diagnózisát a DSM-IV-TR kritériumai alapján határoztuk meg (American Psychiatric Association, 2000). A küszöb alatti ADHD diagnózisához legalább 5 ADHD tünetnek kellett fennállnia (Balázs és mtsai, 2014). Az NSSI diagnózisát a DSM-5 alapján határoztuk meg (American Psychiatric Association, 2013).

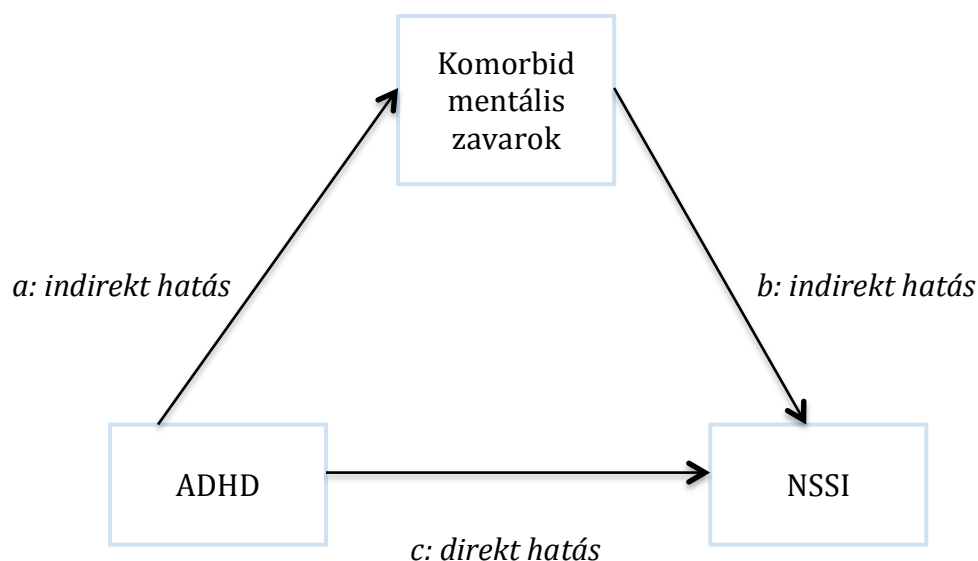
Jelenlegi öngyilkos magatartást diagnosztizáltunk, ha a Gyermekek MINI következő kérdései közül az elmúlt hónapra vonatkozóan bármelyikre a serdülő 'IGEN'-nel válaszolt: 1) „Kívántad azt, hogy bárcsak halott lennél?”, 2) „Akartál kárt tenni magadban?”, 3) „Gondoltál arra, hogy öngyilkos legyél?”, 4) „Eltervezted, hogy hogyan lennél öngyilkos?” 5) „Kíséreltél meg öngyilkosságot?” (Balázs és mtsai, 2004; Lecrubier és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1998; Sheehan és mtsai, 2010).

#### 4.3.4. Statisztika

A statisztikai elemzéseket az IBM SPSS Statistics 20 (SPSS, 2011) programcsomaggal végeztük. A szignifikancia szintet  $\alpha=0,05$ -ben határoztuk meg. Leíró statisztikai

elemzést, Mann-Whitney U tesztet, Khi-négyzet próbát, valamint az ADHD tünetei és az NSSI között a komorbid kórképek tüneteinek lehetséges mediáló hatásának elemzéshez Preacher és Hayes (2008) többszörös mediátor modelljét és az általuk készített SPSS makrót használtuk (1. ábra). A modellbe azoknak a Gyermekek MINI-ben levő kórképeknek a tüneteit vontuk be, amelyeknek az előfordulási gyakorisága  $>3\%$  volt a mintában. Ez alapján a vizsgálatokban a következő kórképek nem vettek részt: Tourette féle zavar, vokális tic zavar, átmeneti tic zavar, anorexia nervosa, bulimia nervosa, alkalmazkodási zavar, átható fejlődési zavar. Mediátor változóként a Gyermekek M.I.N.I. alább felsorolt kórképei kerültek be, a következő csoportosítással:

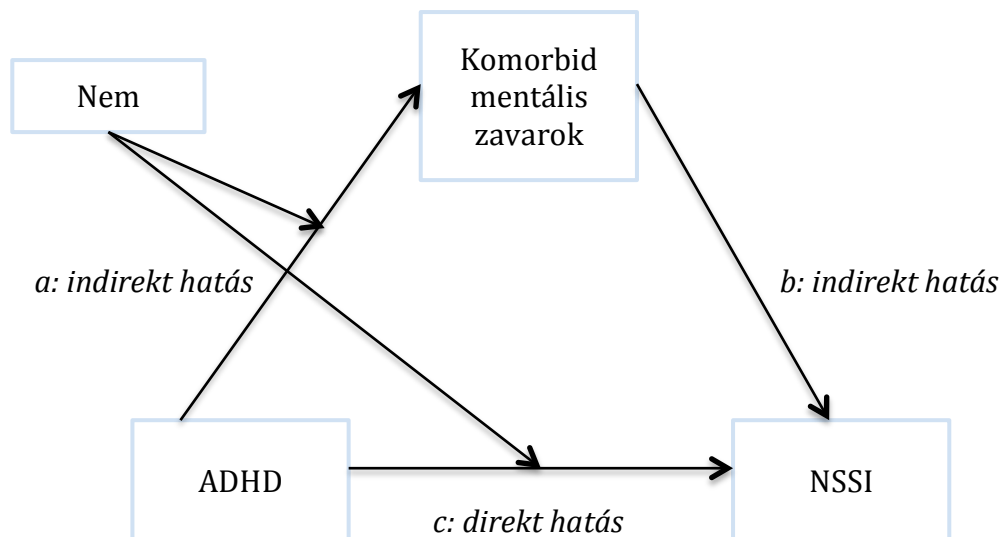
a) Hangulatzavarok: Major depressziós epizód, Dysthymias zavar, (Hypo) Mánias epizód, b) Szorongásos zavarok: Pánikzavar, Agorafóbia, Szeparációs szorongás, Szociális fóbia, Specifikus fóbia, Poszttraumás stressz zavar (PTSD), GAD, c) OCD, d) Viselkedési és Oppozíciós zavar, e) Alkohol abúzus és dependencia, f) Pszichoaktív szer által okozott abúzus és dependencia, g) Pszichotikus zavarok, h) Öngyilkos magatartás.



1. ábra. Mediátor modell: Az ADHD tünetei és az NSSI közötti direkt hatás (c), és az ADHD és az NSSI közötti indirekt/mediált hatás (mediátor változókon keresztül hatás) ( $a*b$ ) bemutatása.

Spearman korrelációval ellenőriztük a teljes vizsgálati csoporton a fiúk és a lányok esetében az ADHD, az NSSI és a komorbid mentális zavarok közötti összefüggéseket, a nem moderáló hatásának kimutatása miatt, és ez alapján választottuk ki a moderált mediátor modellt (2. ábra).





2. ábra. Moderált mediátor modell. Az ADHD tünetei és az NSSI közötti direkt hatás (c), az ADHD és NSSI közötti indirekt hatás ( $a*b$ ), és a nem moderáló hatásának bemutatása.

#### 4.4. Az életminőség mint öngyilkossági rizikófaktor

##### 4.4.1. Eljárás, vizsgálati személyek

A vizsgálatot az Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi és Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának (ETT TUKEB) engedélyével végeztük. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt. A szóbeli és írásbeli tájékoztatás után minden résztvevő gyermek szülője/gondviselője és a 14 évesnél idősebb gyermekek írásbeli beleegyező nyilatkozatot írtak alá. Regisztráltuk azok számát, akik a vizsgálatban való részvételt elutasították.

A Vadaskert Alapítvány, Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancián 2014. szeptember 01. és 2016. május 29. között osztályos kivizsgálásra kerülő gyermekeket vontunk be. A vizsgálatba való bekerülés kritériuma 13-18 év közötti kor volt. Kizárási kritérium volt, ha az anamnézisben mentális retardáció szerepelt.

A vizsgálat az OTKA (108336 NKFIH) pályázat támogatásával történt, melynek vizsgálatvezetője vagyok (2018 végén a pályázati támogatás befejeződik).

A vizsgálatba Szentiványi Dóra doktori hallgatómat vontam be, akinek a kutatás egy másik kérdésének a feldolgozása hozzájárul doktori munkájához.

#### 4.4.2. Eszközök

A jelenlegi öngyilkos magatartás felmérésére a *Gyermek MINI* előző fejezetben (4.2.) bemutatott kérdéssort használtuk (Balázs és mtsai, 2004; Sheehan és mtsai, 2010). Ebben a vizsgálatban meghatároztuk az öngyilkos magatartás rizikójának mértékét is. Amennyiben az egyes kérdésekre „IGEN” a válasz, a következő pontot kapta a serdülő: 1) „Kívántad azt, hogy bárcsak halott lennél?” – 1 pont, 2) „Akartál kárt tenni magadban?” – 2 pont, 3) „Gondoltál arra, hogy öngyilkos legyél?” – 6 pont, 4) „Eltervezted, hogy hogyan lennél öngyilkos?” – 10 pont 5) „Kíséreltél meg öngyilkosságot?” – 10 pont. Mindezek alapján nem áll fenn jelenlegi öngyilkos magatartás kockázata 0 pont esetében, alacsony az öngyilkos magatartás kockázata 1-5 pont között, közepes 6-9 pont között és magas  $\geq 10$  pontnál.

Mivel a vizsgálatba 13 évesnél idősebb gyermekeket vontunk be, így a kérdőív felvételét csak a gyermekkel végeztük, a szülő/gondviselő jelenlétére/segítségére nem volt szükség.

A pszichopatológia felmérésére a *Képességek és Nehézségek Kérdőívet (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ)* használtuk. A kérdőívet Goodman (1997) és Goodman és munkatársai (1998, 1999) dolgozták ki, nemzetközileg igen elterjedt, több mint 40 nyelvre fordították le, magyar változatát Gervai és munkacsoportja validálták több lépésben (Birkás és mtsai, 2008; Turi és mtsai, 2011, 2013). A hazai vizsgálatok eredményei alapján az SDQ pszichometriai mutatói megfelelőek, a teszt jól használható mind normál (Turi és mtsai, 2011), mind klinikai mintán (Turi és mtsai, 2013). A kérdőív felvétele kb. öt percet vesz igénybe.

Az SDQ 3 és 16 év közötti gyermekeknél használható az érzelmi, a viselkedéses és a szociális élet területén mutatkozó tünetek szűrésére. Szülői, tanári és 11 éves kor felett önkitöltős változata ismert. Jelen vizsgálatunkban az SDQ szülői változatát használtuk.

A kérdőívnek mindhárom formája 25 itemből áll (minden item ugyanarra vonatkozik mind a szülői, mind az önkitöltős változatnál). A kérdések az elmúlt hat hónapra vonatkoznak. Mindegyik item egy 3 fokú Likert skálán értékelhető: „nem igaz”, „valamennyire igaz” és „határozottan igaz” válaszadási lehetőségekkel. A 25 item 5 alskálába csoportosítható:

- Érzelmi tünetek alskála (5 tétel)
- Viselkedési problémák alskála (5 tétel, ebből 1 tétel fordított)
- Hiperaktivitás alskála (5 tétel, ebből 2 tétel fordított)
- Kortárskapcsolati problémák alskála (5 tétel, ebből 2 tétel fordított)
- Proszociális alskála (5 tétel)

Az Összesített probléma pontszám az alskálapontszámok összege a proszociális alskála kivételével. Ez a pontszám tehát 0 és 40 között változhat (de nem képezhető, ha bármelyik alskálapontszám hiányzik). Tartozik továbbá a kérdőívhez egy kiegészítő alskála, az ún. „Hatásskála”, amelynek tételei azt mérik, hogy az említett problémák mennyiben okoznak funkciókárosodást. Itt a válaszok egy 4 fokú Likert skálán adhatóak meg: „Egyáltalán nem”, „Csak kissé”, „Eléggé”, „Nagyon” válaszadási lehetőségekkel.

A gyermekek életminőségét a német nyelvterületen kidolgozott *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)* kérdőívvel mértük fel. A kérdőívet Mattejat és munkatársai (1998) dolgozták ki, magyar változatának adaptálását és a kérdőív megfelelő pszichometriai adatainak bemutatását Kiss és munkatársai (2007) végezték. A kérdőív 5-10 perc alatt felvehető.

A kérdőívnek kor szerint két féle önkitöltős változata van, a gyermek (6-11 év) és serdülő (12-18 év). A gyermek és serdülő változatok kérdései hasonlóak, csak a nyelvezetükben térnek el, valamint a könnyebb megérés miatt a gyermek változatnál arcokkal történik az értékelés (mosolygó-semleges-szomorú, 1 = ☺, 5 = ☹), míg a serdülőknél számokkal (1-től 5-ig, ld alább).

Használatos az ILK kérdőív szülői változata, amikor a szülők nyilatkoznak a gyermekük életminőségéről. A szülői változat kérdései teljesen megegyeznek a serdülő kérdőív kérdéseivel, csak nem egyes szám második személyben hangzanak el, hanem a szülők gyermekére vonatkozóan. Vizsgálatunkban a kérdőív serdülőknek szóló önkitöltős változatát használtuk.

A kérdőív hat területen méri fel az életminőséget: iskola, család, kortárskapcsolatok, egyedül végzett tevékenység, testi egészség, idegi-lelkiállapot, valamint tartalmaz egy globális életminőségre vonatkozó kérdést is. Összesen hét kérdést tartalmaz, melyek az elmúlt 1 hét életminőségére vonatkoznak.

A válaszadás 5 fokú Likert skálán történik, ami a német osztályozási rendszert követi, így „1 = nagyon jól, 2 = elég jól, 3 = közepesen, 4 = inkább rosszul, 5 = nagyon rosszul” jelentésű. A hét domain összesített értéke alapján kapjuk meg az összesített életminőséget, ahol tehát az alacsonyabb pontszám a jobb életminőséget jelöli.

A teszt serdülő és szülői változata tartalmaz kiegészítő kérdéseket a gyermek időbeosztásra vonatkozóan (mennyi időt tölt a gyermek az iskolában, házi feladata elkészítésével, családdal, barátaival, egyedül, illetve alvással).

Az ILK kérdőív alkalmas egészséges és klinikai populáció felmérésére is (lehetővé téve ezzel ezen két populáció összehasonlítását), utóbbi esetben azonban két járulékos kérdést is tartalmaz, melyek vizsgálják a betegség és a kezelés életminőséget befolyásoló hatását.

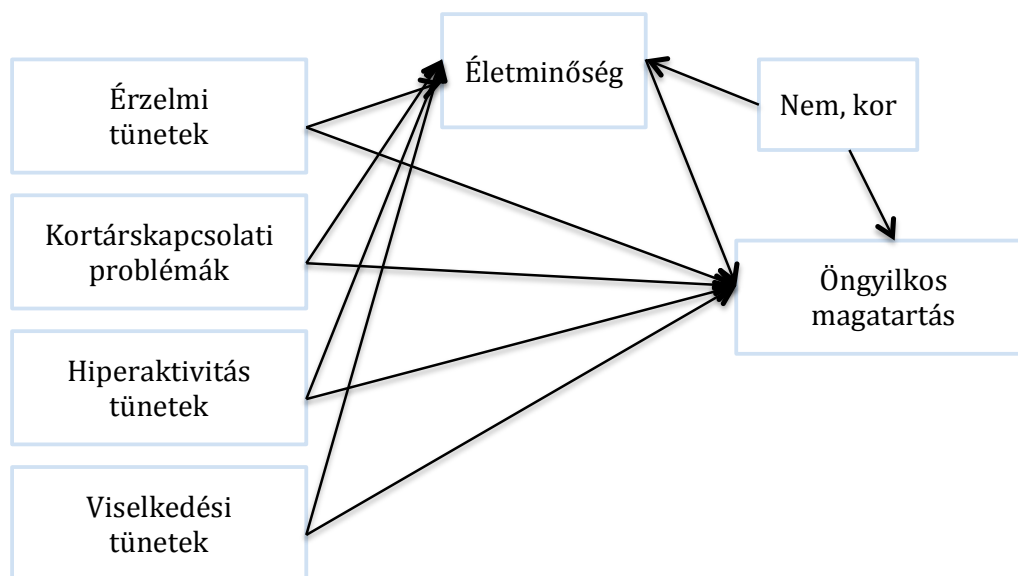
Ebben a vizsgálatunkban is használtuk a korábbi vizsgálatunkra összeállított, a 4.2.2. fejezetben bemutatott *Demográfiai adatlapot* (3. melléklet).

#### **4.4.3. Statisztika**

A statisztikai elemzéseket az IBM SPSS Statistics 20 (SPSS, 2011) programmal végeztük.

A leíró statisztikák és a változók közötti korrelációk (Pearson-féle korrelációs koefficiens) kiszámolása után a nemi különbségek elemzése független mintás t-próbával történt. Az öngyilkossági kockázat alapján két csoportot képeztünk és a nulla/alacsony rizikójú csoportot hasonlítottuk össze a közepes/magas rizikójú csoporttal.

Az ILK alapján becsült életminőség mediátor szerepét a pszichopatológia és az öngyilkossági kockázat kapcsolatában többszörös logisztikus regresszió elemzéssel, a PROCESS makró (Hayes, 2013) segítségével vizsgáltuk, az életkorra és a nemre az elemzéseket korrigáltuk (3. ábra).



3. ábra. Moderált mediátor modell. A pszichopatológia és az öngyilkosság magatartás közötti direkt hatás, és az életminőség mediátor szerepe a pszichopatológia és az öngyilkosság magatartás kapcsolatában (indirekt hatás), valamint a nem és a kor moderáló hatásának bemutatása.

#### 4.5. A küszöb alatti pszichiátriai zavarok mint öngyilkossági rizikófaktorok

##### 4.5.1. Eljárás, vizsgálati személyek

A vizsgálatot az Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi és Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásügyi Bizottságának (ETT TUKEB) engedélyével végeztük. A vizsgálatban való részvétel több szinten önkéntes volt: az iskolák, a szülők és a serdülők írásos beleegyezését kértük szóbeli és írásbeli tájékoztatás után.

A vizsgálat A Fiatalok Életének Megmentése és Szerepvállalásuk/Önállóságuk Növelése Európában (Saving and Empowering Young Lives in Europe - SEYLE) vizsgálat keretében történt. A SEYLE vizsgálat az Európai Unió FP7-es keretprogram támogatásával, 2009-2012 között 12 ország részvételével (Anglia, Ausztria, Észtország, Franciaország, Izrael, Magyarország, Németország, Olaszország, Románia, Szlovénia, Spanyolország, Svédország), 14-16 éves serdülők bevonásával zajlott (Wasserman és mtsai, 2010). A vizsgálat vezető és koordinátor centruma a Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet (Svédország) volt Professzor Danuta Wasserman vezetésével. Hazánkban a Vadaskert Alapítvány, Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia volt a vizsgálat központja vezetéssel.

A vizsgálatba Keresztény Ágnes, Horváth Lili Olga, Mészáros Gergely, Szentiványi Dóra és Velő Szabina doktori hallgatóimat vontam be, akik közül Horváth Lili Olgának és Mészáros Gergelynek a kutatás egy-egy másik kérdésének a feldolgozása hozzájárul doktori munkájukhoz.

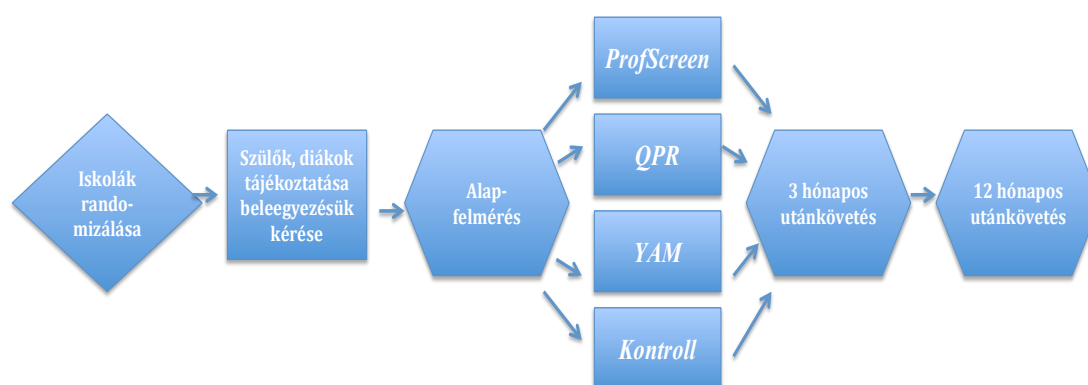
A középiskolák bevételi kritériuma volt, hogy állami/önkormányzati legyen és a lányok aránya a fiúkhoz képest ne legyen nagyobb 60%-nál és több mint két tanáruk legyen a fiataloknak.

A vizsgálat kiindulásakor egy ún. „Alapfelmérés kérdőívet” töltöttek ki a serdülők, amely számos ismert kérdőívből állt (ld. 4.6.2. fejezet). Azokat a serdülőket, akik jelenlegi öngyilkossági rizikót (ld. 4.5.3. fejezet) jelöltek be a kérdőíven, és szüleiket a kérdőív kitöltésének napján megkerestünk és azonnali segítséget ajánlottunk.

Az „Alapfelmérés kérdőív” kitöltése után az iskolákat négy csoportba randomizáltuk: háromféle prevenciós program zajlott az iskolákban és egy kontroll csoport volt (ld. 4.6.3. fejezet). Három hónap és egy év múlva megismételtük a vizsgálat kezdetén felvett kérdőívek felvételét, kiegészítve az elmúlt időszakra vonatkozó kérdésekkel (ld. 4.6.2. fejezet).

„A küszöb alatti pszichiátriai zavarok mint öngyilkossági rizikófaktorok” vizsgálat feldolgozása a SEYLE vizsgálat alapfelmérése alapján történt.

A SEYLE vizsgálat menetét a 4. ábra mutatja be (Wasserman és mtsai, 2010).



4. ábra. A SEYLE vizsgálat menete (Wasserman és mtsai, 2010 ábrája alapján).

#### 4.5.2. Eszközök

Jelen fejezetben a SEYLE vizsgálatban használt „Alapfelmérés kérdőív” csomagból azokat az eszközöket mutatom be, amelyeket a küszöb alatti pszichiátriai zavarok, mint öngyilkossági rizikófaktorok vizsgálat során használtunk.

A depresszió felmérésére a *Beck Depresszió Kérdőív-II (Beck Depression Inventory II: BDI-II)* használtuk, ami a depresszió súlyosságát méri fel – tehát nem állít fel a klasszifikációs rendszereknek megfelelő diagnózist (Beck és mtsai, 1996; Byrne és mtsai, 2004). A kérdések arra vonatkoznak, hogy az elmúlt két hétben ezek a tünetek fennálltak-e a vizsgált személynél. A kérdéseket a vizsgált személy 0-tól 3-ig pontozhatja, „0” ha egyáltalán nem jellemző rá és „3” ha nagyon jellemző. Az eredeti kérdőív 21 tételből áll, melyek a depresszióra jellemző érzelmi, kognitív, motivációs és szomatikus állapotokat, tüneteket mérik fel (Beck és mtsai, 1996). Ezek közé tartozik a szomorú hangulat, a pesszimizmus, a kudarc érzése, a megelégedettség hiánya, az önhibáztatás, a megbüntetettség érzése, az önutálat, az önvád, önbüntető vágyak, sírás, ingerlékenység, társas visszahúzódás, döntésképtelenség, testkép, munkavégzés gátoltsága, alvászavarok, fáradékonyság, étvágytalanság, fogyás, egészséggel kapcsolatos aggodalmak, libidócsökkenés (Beck és mtsai, 1996). A SEYLE vizsgálatban az utóbbi tételt, a „Szexuális érdeklődés elvesztése” kizártuk, mert egyes kulturális közegekben ez nem bizonyult megfelelőnek (Byrne és mtsai, 2004).

A szorongás súlyosságát a *Zung Önkitöltő Szorongás Kérdőívvel (Zung Self-Rating Anxiety Scale: SAS)* mértük fel (Molnár és Molnár, 1999; Zung, 1971). A kérdőív 20 tételből áll, melyek a szorongás tüneteire kérdeznak rá az elmúlt két hétben. A kérdéseket a vizsgált személy négyfokú Likert skálán értékelheti attól függően, hogy a szorongásos tünetek „ritkán/soha”, „időnként”, „gyakran” vagy „majdnem mindig” jelentkeztek-e nála az elmúlt két hétben. A kérdőív 5 tételt tartalmaz a szorongás kognitív-affektív komponenseire vonatkozóan (pl. „nincs okom, mégis félek”), illetve további 15 tételben a társuló vegetatív tüneteket is feltérképezi (pl. szapora szívverés, szédülés, hasfájás, alvászavarok). Zung meghatározott egy pontrendszert, amit “Index pontszám” nevezett el (“normál határ”:  $\leq 44$ ; “minimálistól enyhe szorongásig”: 45-59; “enyhe szorongástól súlyos szorongásig”: 60-74; “súlyos szorongás”:  $\geq 75$ ) (McDowell, 2006).

A pszichopatológia felmérésére az értekezésem „4.3. Az életminőség mint öngyilkossági rizikófaktor” fejezetében már bemutatásra került *SDQ kérdőív* serdülők számára készült önkitöltős változatát használtuk, mind a 25 item, mind pedig a funkcionalitást felmérő kiegészítő rész felmérésével (Birkás és mtsai, 2008; Goodman, 1997; Goodman, 2001; Turi és mtsai, 2011; Turi és mtsai, 2013).

Az öngyilkos magatartás felmérését az elmúlt két hétre vonatkozóan a *Paykel Öngyilkosság Kérdőívvel végeztük (Paykel Suicide Scale: PSS)* (Paykel és mtsai, 1974). A PSS a következő négy kérdéssel méri fel az öngyilkos magatartást az elmúlt két hétre vonatkozóan: volt-e a vizsgált személynek olyan érzése, hogy nem érdemes élnie; kívánta-e azt, hogy bárcsak ne élne; gondolt-e arra, hogy véget vessen az életének; és hogy el is tervezte-e azt, hogy hogyan legyen öngyilkos. A kérdésre a vizsgált személyek 0 = „soha”, 1 = „ritkán”, 2 = „időnként”, 3 = „gyakran”, 4 = „nagyon gyakran”, 5 = „mindig” választ adhatnak. Ezen kívül egy külön kérdés mérte fel, hogy volt-e a diáknak az elmúlt két hétben, vagy régebben öngyilkossági kísérlete, melyre igen/nem választ lehetett adni. A kérdőív magyar változatát a SEYLE vizsgálatra készítette el kutatócsoportunk, fordítás – visszafordítás – harmonizálás – pilot vizsgálat lépéseken keresztül.

#### 4.5.3. Definíciók

Jelenlegi öngyilkossági rizikójúnak egy fiatalot a vizsgálatban akkor neveztünk, ha a PSS kérdőív következő kérdésére „időnként, gyakran, nagyon gyakran vagy mindig” választ adott: „Az elmúlt két hétben eljutottál arra a szintre, hogy komolyan megfontoljad, hogy véget vessél az életednek, vagy talán még el is tervezted, hogyan tennéd meg?”.

A vizsgálatba bevont fiatalokat 3 csoportba osztottuk a BDI-II kérdőíven (Beck és mtsai, 1996) elért pontszámuk alapján: klinikai szintű depressziós csoport:  $\geq 20$ ; küszöb alatti depressziós csoport:  $< 20$ , és a „Szomorúság” és az „Öröm elvesztése” tételekre (major depressziós epizód mag tünetei) adott válasz összege nagyobb, mint nulla (tehát valamelyik fennáll); nem-depressziós csoport: összes többi. Ahhoz, hogy valaki a klinikai szintű depressziós, illetve a küszöb alatti depressziós csoportba kerüljön, a klasszifikációs rendszerek kritériumainak megfelelően vizsgálatunkban is fenn kellett állniuk a tüneteknek az elmúlt két hétben (BDI-II erre kérdez rá, ld. fentebb).



A vizsgálatba bevont fiatalokat szintén 3 csoportba osztottuk a SAS kérdőíven elért pontszámuk alapján: klinikai szintű szorongó csoport:  $\geq 60$ ; küszöb alatti szorongó csoport:  $45 \leq$  és  $< 60$ ; nem-szorongó csoport:  $< 45$ .

#### 4.5.4. Statisztika

A statisztikai elemzéseket az IBM SPSS Statistics 20 programcsomaggal végeztük (SPSS, 2011).

A vizsgálati csoportok közötti nemi különbségeket khi-négyzet próbával vizsgáltuk. Egyszempontos varianciaanalízist (ANOVA) használtunk az életkori különbségek megállapítására.

A Goodman és munkatársai (1998) által meghatározott kritikus értékek alapján meghatároztuk a határeseti és megemelkedett SDQ pontszámot mutató fiatalok arányát a depresszió, illetve a szorongás szintje alapján képzett csoportokban. Mivel ezek a kritikus értékek kulturális különbségeket mutathatnak, a pszichopatológia globális becsléséhez a folytonos skálaértékeket használtuk.

Kétváltozós elemzésünkben Spearman-féle korrelációs koefficienssel jellemeztük a depresszió, illetve a szorongás, és az SDQ-val mért pszichopatológiai tünetek kapcsolatát.

Kovariancia analízissel (ANCOVA) vizsgáltuk a csoportok közötti különbséget a pszichopatológia szintjében. A nemi különbségek miatt a fiúk és a lányok mintáján külön elemzéseket végeztünk. A páros összehasonlításhoz Tukey post-hoc tesztet alkalmaztunk. A szorongás és a depresszió hatásának elkülönítésére a szorongás szintjei alapján meghatározott csoportok vizsgálatát a depresszió szintjére, míg a depresszió szintjei alapján definiált csoportok vizsgálatát a szorongás szintjére kontrolláltuk.

Logisztikus regresszió elemzéssel vizsgáltuk az SDQ hatásalskála ( $= 0$ : normál, illetve  $0 <$  határeseti/megemelkedett), illetve a PSS teljes skála ( $= 0$ , illetve  $0 <$ ), mint függő változók kapcsolatát a küszöb alatti és a klinikai szintű depresszióval és a szorongással. Minden elemzésünket korrigáltuk a fiatal nemére és életkorára, illetve a szorongás/depresszió alszála pontszámára. Mivel a Hosmer és Lemeshow teszt alkalmazása nagyon nagy minták esetében nem ajánlott (Kramer és Zimmermann, 2007), Receiver Operating Characteristic (ROC) elemzést végeztünk, és a modell

illeszkedését a ROC görbe alatti terület mérőszámával jellemeztük. A szignifikancia szintet  $\alpha=0,05$ -ben határoztuk meg. Minden elemzéshez hatásméret-mutatót számoltunk.

A hiányzó adatokat a többszörös imputáció módszerével (MI) pótoltuk, az IBM SPSS (2011) program segítségével. Öt pótolt adatbázist készítettünk, prediktorként az életkort, a származási országot, a nemet, és az SDQ, a PSS, a SAS és a BDI-II tételeit vontuk be. Az öt pótolt adatbázison elvégzett elemzések összegzéséhez a Rubin (1987) eljárását alkalmaztuk.

## **4.6. Hatékony fiatalkori öngyilkosság prevenciós program kidolgozása**

### **4.6.1. Eljárás, vizsgálati személyek**

A vizsgálatot a SEYLE vizsgálat alapfelmérés és a 12 hónapos utánkövetés adatainak feldolgozásával végeztük. A mintát és az eljárást a 4.5.1. fejezetben ismertettem.

### **4.6.2. Eszközök**

Az utánkövetéses vizsgálat során a fiatalok egy „Alapfelmérés kérdőív”-et (ld. 4.4.2. fejezet) és egy ún. „Utánkövetéses kérdőívet” töltöttek ki. Utóbbit az „Alapfelmérés kérdőív” felvételéhez képest 3 és 12 hónap múlva vettük fel, részben az „Alapfelmérés kérdőív” kérdéseit tartalmazta, valamint további kérdéseket arra vonatkozóan, hogy a diákok életmódjában és a lelki egészségükben/pszichés állapotukban 3, illetve 12 hónap alatt milyen változások történtek. Az utánkövetések során arra vonatkozóan is feltettünk kérdéseket, hogy az egyes vizsgált csoportokból (ld. alább) hány diákot irányítottak ellátásba és ők milyen kezelésben részesültek.

A jelen feldolgozásban felhasználtuk az PSS kérdőívet (ld. 4.5.2. fejezet) (Paykel és mtsai, 1974), ami az „Alapfelmérés kérdőív” csomagban és az ún. „Utánkövetéses kérdőív” csomagban is szerepelt. Mind az alap-, mind az utánkövetéses felmérés során kiegészítettük a PSS kérdőívet azzal a kérdéssel, hogy valaha kísérelt-e meg öngyilkosságot a fiatal. Annak érdekében, hogy az utánkövetés során megjelenő új öngyilkos magatartású eseteket regisztrálni tudjuk, ebből a feldolgozásból kizártuk azokat a fiatalokat, akik az „Alapfelmérés kérdőív”-nél a „valaha kísérelt-e meg

öngyilkosságot” a kérdésre IGEN választ adtak. Továbbá kizártuk a feldolgozásból ugyanezen okból azokat a fiatalokat, akiknek az „Alapfelmérés kérdőív”-nél jelenlegi öngyilkossági rizikójú volt (természetesen, mint fent leírtam, nekik azonnali segítséget ajánlottunk). Jelenlegi öngyilkossági rizikónak számított ebben vizsgálatunkban, mint leírtam korábban (ld. 4.5.3. fejezet), ha a fiatal a PSS kérdőív következő kérdésére „időnként, gyakran, nagyon gyakran vagy mindig” választ adott: „Az elmúlt két hétben eljutottál arra a szintre, hogy komolyan megfontoljad, hogy véget vessél az életednek, vagy talán még el is tervezted, hogyan tennéd meg?”.

Jelen feldolgozásban szintén használtuk a pszichopatológia felmérésére az „Alapfelmérés kérdőív” csomagban és az „Utánkövetéses kérdőívet” csomagban is szereplő SDQ kérdőív serdülők számára készült önkitöltős változatát (ld. 4.5.2. fejezet) (Birkás és mtsai, 2008; Goodman, 1997; Goodman és mtsai, 1998; Goodman és Scott, 1999; Turi és mtsai, 2011; Turi és mtsai, 2013).

Szintén felmértünk mind az „Alapfelmérés kérdőív” csomagban, mind az „Utánkövetéses kérdőív” csomagban a szociodemográfiai adatokat, melyek közül a következőket használtuk fel jelen elemzésünknel: „Kérünk, válaszolj az alábbi kérdésre az otthonoddal kapcsolatban, ahol folyamatosan, vagy az idő legnagyobb részében élsz, és írd le, kik élnek veled együtt az otthonodban”, „Magyar állampolgár vagy?”, „Magyarországon születted?” (mindig arra az adott országra szolt a kérdés, ahol a felmérést végeztük, tehát nálunk ezért szerepel magyar állampolgárság, Magyarország), „Szüleid elvesztették a munkájukat az elmúlt évben?” (Wasserman és mtsai, 2010).

#### 4.6.3. Intervenciók

Három féle intervenció – prevenciós program – hatékonyságát vetettük össze kontroll csoporttal (ld. 4. ábra). Mindegyik program 4 hétig tartott az alapfelmérést követően (Wasserman és mtsai, 2010).

Ezen megelőző programok mindegyike más és más elemet használ annak érdekében, hogy sikeres legyen. Az első megelőző program szakembereket von be, hogy ők szűrjék a nagy kockázatú fiatalokat: *„Szakemberek szűrnek” program (angol elnevezés: ProfScreen)*. A második prevenciós program a tanárokat és az iskolai dolgozókat képezi, hogy felismerjék a nagy rizikójú fiatalokat és eljuttassák őket a megfelelő

ellátásba: *Kérdez–Meggyőző–Irányít Program* (angol elnevezés, rövidítés: *Question-Persuade-Refer program: QPR*). A harmadik prevenciós program a fiatalokat képzi, hogy a én-hatékonyságuk nőjön: *Fiatalok Mentális Egészség Öntudatosság Program* (angol elnevezés, rövidítés: *Youth Aware of Mental Health Programme: YAM*). A negyedik csoport egy kontroll csoport minimális programmal, ahol poszttereken adtunk információt a fiataloknak a magas kockázatú magatartásokról: *Kontroll csoport/Tájékoztató program* (Wasserman és mtsai, 2010).

Az alábbiakban a SEYLE vizsgálat ezen programjait mutatom be röviden.

### *I. „Szakemberek szűrnek” program (angol elnevezés: ProfScreen)*

A *ProfScreen* programot a SEYLE vizsgálatra dolgoztuk ki (Kaess és mtsai, 2014). Ez egy két lépcsős szűrőprogram. Azokat a diákokat, akik az „Alapfelmérés kérdőív” szűrőkérdésein egy meghatározott pontszám feletti eredményt értek el („magas kockázatú” diákok) (első lépés), további kivizsgálásra, gyermekpszichiáterrel folytatott interjúra hívtuk (második lépés). A kérdőív szűrőkérdései a következő lehetséges problémákra vonatkoztak: öngyilkossági és önsértő magatartás, hangulatzavarok, szorongásos zavarok, testtömeg arányok, alkohol- és pszichoaktív szerhasználat, dohányzás, iskolai lógás, túlzott médiahasználat és kockázatkereső magatartás. A ponthatárok meghatározásai (ami felett a fiatalot megkerestük) korábbi nemzetközi vizsgálatok tapasztalatain alapultak. Akiknél a személyes vizsgálat során a gyermekpszichiáter szakember pszichiátriai problémát talált, azokat a diákokat szakellátásba irányította további kezelésre, akiknél pedig az életmód javítását tartotta a szakember szükségesnek, egészséges életmód csoportba küldte, míg akiknél nem erősítette meg a személyes interjú a kérdőív alapján jelzett nehézségeket, azoknak a diákoknak nem javasolt további kezelést (Kaess és mtsai, 2014).

### *II. Kérdez–Meggyőző–Irányít Program (Question-Persuade-Refer program: QPR)*

A QPR egy kapuőr (eredeti angol elnevezés: gatekeeper) program, amit az USA-ban dolgoztak ki (Tompkins és mtsai, 2010). A QPR program a tanárokat és az iskola egyéb dolgozóit megtanítja, hogy felismerjék azokat a diákjaikat, akiknél öngyilkossági rizikó áll fenn, kommunikációs tanácsokat ad, hogy hogyan tudnak az ilyen fiatalokhoz viszonyulni és megfelelő szakellátásba irányítani őket. A pedagógusok képzését a diákok által kitöltött „Alapfelmérés kérdőív” felvétele előtti két hétben tartották a SEYLE vizsgálat erre kiképzett szakemberei. A QPR képzést tartó szakemberek

standardizált power point előadást tartottak a tanároknak és az iskolai dolgozóknak, amit adaptáltunk minden országban (a példákat saját kulturális közegből merítettük, pl. hazánkban belekerült Arany János Hídvadász című verse), valamint minden tanár és iskolai dolgozó kapott egy 34 oldalas prospektust (az öngyilkosság rizikófaktorairól, figyelmeztetőjeleiről, hogy hogyan kommunikáljanak azokkal a diákjaikkal, akiknél öngyilkossági rizikó áll fenn és hogyan irányítsák őket ellátásba) és névjegykártyát egy 24 órán át elérhető szakember telefonszámával, ahova diákjaikat irányíthatták. A pedagógusokat és az iskolai személyzetet arra kértük, hogy az „Alapfelmérés kérdőív” felvételét követő két hónapban figyeljék a fiatalokat, és ha szükségesnek látják, segítő beszélgetés keretében irányítsák őket a vizsgálat szakembereihez (Tompkins és mtsai, 2010).

### *III. Fiatalok Mentális Egészség Öntudatosság Program (Youth Aware of Mental Health Programme: YAM)*

A YAM programot a SEYLE vizsgálatra dolgoztuk ki, ennek kidolgozása és hatékonyságának vizsgálata a SEYLE vizsgálat egyik fő célkitűzése volt, ezért az alábbiakban ezt részletesebben ismertetem (Balázs, 2017; Wasserman és mtsai, 2012). A program hazai változatának kidolgozását és adaptálását én vezettem.

A YAM program a Pszichiátriai Világszövetség 9 országos „awareness” vizsgálatára épül, ami a fiatalok mentális egészségről szóló tudásának és ön-hatékonyságának növelését tűzte ki célul, és eredményei alapján a fiatalok a program után nyitottabbak lettek a problémák felismerésére és megoldására, beleértve az öngyilkosságot is (Hoven és mtsai, 2008; Hoven és mtsai, 2009).

A YAM 14-16 éves fiataloknak szóló iskolai keretek között zajló egészségfejlesztő, öngyilkosság megelőző program. Különböző tanulási technikákon alapul: 1) kognitív tanulás, mely egy a YAM programra kidolgozott előadásra és egy a fiataloknak szóló prospektusra és hat poszterre (ld. alább) épül, melyek segítségével elsajátítanak alap ismereteket a fiatalok a mentális egészségről és betegségekről, 2) élmény alapú és emocionális tanulás, mely a fiatalok bevonásával különböző szenzitív témákat (ld. később) tartalmazó szerepjátékokból áll, melyek során a fiataloknak lehetőségük van gyakorolni az elméletben elsajátítottakat és egymástól is tanulni. Az előadást és a szerepjátékokat erre kiképzett szakember és egy segítő tartja, akik függetlenek az iskolában dolgozó pedagógusoktól és fiatalok tanárai nem is vesznek részt ezeken az

alkalmakon, hogy a diákokat ezzel is segítsük abban, hogy meg tudjanak nyílni (Wasserman és mtsai, 2012).

Az előadáshoz standardizált diasort dolgoztunk ki a kutatásban résztvevő centrumoknak – a hazai változatot vezetésemmel adaptáltuk (Balázs, 2017).

Szintén kidolgoztunk egy prospektust a fiataloknak, „Változtass azon, ahogyan érzed magad” címmel, ami az előadáson elhangzott információkat tartalmazza röviden, didaktikusan összefoglalva, színes ábrákkal (ld. 4.a, 4.b, 4.c melléklet) (Wasserman és mtsai, 2009a). A magyar változat kidolgozását vezettem, melynek során a fordítás, visszafordítás, harmonizálás folyamatán túl, kultúrális adaptálást is végeztünk fiatalok bevonásával, akikkel megbeszéltük a prospektus tartalmát, véleményüket kikértük, szükség esetén módosítottunk a tartalmon, az érthetőségen és/vagy a formán (Balázs, 2017). A fiataloknak szóló prospektus kidolgozásával a tanulás folyamatát szerettük volna más oldalról is elősegíteni, valamint miután minden diák megkapja a YAM program során a prospektust és meg is őrizheti, ezért a program lezárulása után is ez hasznos információforrás lehet számukra (Wasserman és mtsai, 2012). A prospektus 25 oldalból áll és a következő témákat tartalmazza, melyek összhangban vannak az előadás tematikájával (Wasserman és mtsai, 2012):

1.    Lelki egészség tudatosan
2.    Tanácsok, hogy segíts magadon
3.    Stressz és krízis
4.    Depresszió és öngyilkossági gondolatok
5.    Segítségnyújtás egy gondban levő barátoknak
6.    Tanács-kérés: kihez fordulhatsz

Az előadásokon elhangzott információk elsajátítását az osztálytermekben a YAM program idejére elhelyezett 6 poszter segítségével is igyekeztünk elmélyíteni, ezzel a tanulást elősegíteni (ld. 5.a, 5.b, 5.c melléklet). A poszterek tematikája megegyzik a fiataloknak készített, fentebb ismertetett prospektus tematikájával. (Wasserman és mtsai, 2012).

Minden diák kap továbbá egy névjegykártyát, melyen egy facilitátor (kapcsolattartó) a nap 24 órájában elérhető telefonszáma és email címe, valamint a gyermekpszichiátriai ellátó intézmény elérhetőségei szerepelnek. Így, ha a fenti információk alapján, vagy a

YAM program további részében valaki úgy érzi, hogy segítségre van szüksége, tud hova fordulni (Wasserman és mtsai, 2012).

A YAM szerepjátékos fázisához egy igen részletes kézikönyv szolgált a képzések alapjául, a hazai centrumban a képzést én vezettem (Wasserman és mtsai, 2009b; Wasserman és mtsai, 2012). Az elméleti képzés után pilot vizsgálatot végeztünk a szerepjátékok hazai használhatóságáról. Az YAM programban a szerepjátékok vezetését, mint fentebb írtam, erre kiképzett szakemberek végezték, akik gyermekpszichiátrián dolgozó szakemberek (gyógypedagógus, foglalkoztató, pszichológus, pszichiáter szakorvos, gyermekpszichiáter szakorvos, gyermekpszichiáter rezidens), és így már rendelkeztek korábbi ismeretekkel a gyermekpszichiátriai kórképekről és rendszeresen foglalkoznak csoportos keretek között is ezzel a korosztállyal. Hazánkban a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház kollégáit vontam be a vizsgálatba (Balázs, 2017). A szerepjátékokra 10-15 fős csoportokra osztottuk a diákokat. A szerepjátékok három téma köré csoportosultak: döntésekkel kapcsolatos tudatosság; optimális stresszkezelés; depresszió és öngyilkossági gondolatok (Wasserman és mtsai, 2012). Miután a szerepjátékok tartalmát úgy állítottuk össze, hogy lefedjenek számos, a fiatalok életében esetlegesen előforduló nehéz helyzetet (költözés, iskolaváltás, bullying, családban feszültség, depresszió, öngyilkossági gondolatok), így a diákoknak lehetőségük nyílt biztonságos környezetben felkészülni ilyen szituációkra, ha esetleg belekerülnének később. A szerepjátékok sorrendje az egyszerűbbektől haladt a fokozódó nehézségű helyzetek felé (pl. „Egy barátod hazavinne kocsival buli után, de részeg.” „A legjobb barátod elmondja titkát, hogy öngyilkos akar lenni, de megkér, tartsd meg a titkát”). A szerepjátékok során a diákok problémamegoldó, stresszkezelő képessége fejlődik, és az eljátszott helyzetek abban segítenek, hogy felismerjék, hogy mikor szükséges ezeket a megtanult képességeket használniuk. A szerepjátékokat úgy dolgoztuk ki, hogy a diákok megtanulják, hogyan előzhető meg, hogy egy kisebb nehézségből nagyobb probléma legyen, mi ilyenkor a teendőjük. Minden szerepjáték után a diákok megbeszélik, hogy mit gondolnak a szerepjáték történetéről, szereplőinek viselkedéséről és hogy milyen érzéseik voltak, miközben eljátszottak egy szerepet és/vagy társaikat megfigyelték az egyes szerepekben (Wasserman és mtsai, 2012). A szerepjátékok során a diákok gyakorolják, hogyan fejezzék ki érzéseiket, hogyan tudnak empátiával viszonyulni mások iránt, hogyan tudják mások perspektíváját

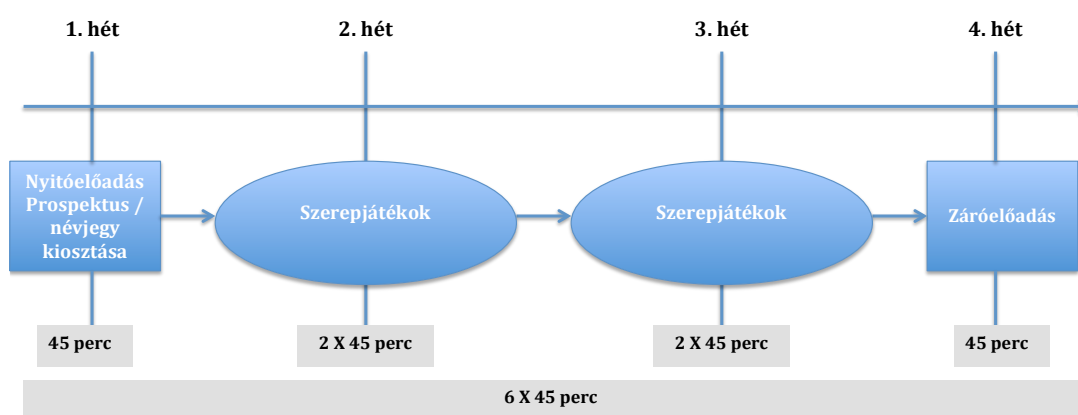
megérteni, illetve hogyan viselkedjenek a kortárs-nyomással szemben. A szerepjátékok során szóba kerül a felnőttek, így a szülők és a pedagógusok szerepe és felelőssége a fiatalok életében, a nehéz helyzetekben, pl. bullying és öngyilkossági magatartás fennállása esetén (Wasserman és mtsai, 2012).

A programot interaktív előadás zárja, melynek során újra szóba kerül az összes téma, most már a diákok személyes tapasztalataival, megjegyzéseivel együtt átgondolva, amiről a YAM program során szó volt, ugyanannak a diasornak a segítségével, melyet a nyitó előadáson használtunk. Az előadás során mindig beszélünk a diákoknál levő prospektusról is, amire a program vége után is tudnak támaszkodni (Wasserman és mtsai, 2012).

A YAM program négy alkalomból áll (5. ábra) (Wasserman és mtsai, 2012):

1. alkalom (45 perc): nyitóelőadás + diákoknak prospektus és névjegykártya kiosztása a nap 24 órájában elérhető segítői adataival + posztterek kihelyezése az osztálytermekbe.
- 2-3. alkalom (90-90 perc): szerepjátékok.
4. alkalom (45 perc): interaktív záróelőadás.

Ezek az alkalmak az osztálytermekben történnek, a 2. és 3. alkalommal azok átrendezésével. Egy alkalom 45 percig tart, ami megfelel egy tanórának hazánkban, a szerepjátékos 2. és 3. alkalom 2X45 perc, tehát dupla tanóra. Az egész program 4 hétig tart.



5. ábra. A YAM program menete (Wasserman és mtsai, 2012)



#### *IV. Kontroll csoport/ Tájékoztató kar*

Etikai okokból a kontroll csoportnál is történt, ún. minimális program, mégpedig a YAM program során használt hat posztert itt is elhelyeztük az osztálytermekben a lelki egészség tudatosításáról, a krízishelyzetekről, a depresszióról, az öngyilkosságról és az adaptív megküzdés lehetőségeiről, valamint a posztereken szerepelt a facilitátor a nap 24 órájában hívható telefonszáma és email címe, valamint egy gyermekpszichiátriai ellátó intézmény elérhetőségei. Ezen kívül ebben a programban résztvevő diákok is kaptak egy névjegykártyát a facilitátor telefonszámával, email címével, egy gyermekpszichiátriai ellátó intézmény elérhetőségeivel; így ebben a vizsgálati csoportban is azoknak a diákoknak, akik úgy vették észre magukon, hogy segítségre lenne szükségük, meg volt a lehetőségük, hogy a facilitátort felkeressék és vele együtt eldöntsék, hogy a továbbiakban milyen segítségre van szükségük (pl. egészséges életmódot elősegítő csoportban való részvétel vagy szakemberhez forduljanak). Ez a kontroll csoport/minimális program csoport jelentősen különbözött a vizsgálat fentebb ismertetett YAM csoportjától, mivel csak a posztert használtuk információ átadásra, előadásokat nem tartottunk, prospektust nem kaptak és szerepjátékokba sem vontuk be a diákokat, mely intervenciók a YAM program során felhasználásra kerültek.

#### **4.6.4. Statisztika**

A statisztikai elemzések végzéséhez a SAS 9.3 verziót használtuk.

A minta méretét korábbi iskolai öngyilkos magatartásra vonatkozó vizsgálatok alapján határoztuk meg, úgy, hogy az öngyilkossági kísérletek előfordulási gyakoriságát a 12 hónapos időszakban a kontroll csoportban 3%-nál nagyobbra feltételeztük, és az előfordulási gyakoriságok közti korrelációit kisebbek, mint 0,01. Ez négy csoportonként körülbelül 40 iskolát és 2500 tanulót jelent (azaz összesen 160 iskola és kb. 10000 tanuló). Ez a mintanagyság lehetővé teszi, hogy 0,05 szignifikancia szinten kimutassuk a vizsgálati csoportoknál (a fentebb ismertetett 3 féle intervenció/prevenációs programnál) az öngyilkossági kísérletek 50%-os előfordulási gyakoriság csökkenését a kontroll csoporttal való összehasonlításban. A súlyos öngyilkossági gondolatok előfordulási valószínűsége nagyobb, mint a kísérleteké, így a minta nagysága itt nagyobb erővel tudja feltárni a csoportok közti különbségeket.

A nagy minta ellenére a beavatkozás hatásai csak akkor lehetnek szignifikánsak, ha ezek a hatások nagyon nagyok, mivel a korábbi eredmények szerint nagyon alacsony a kiindulási kockázati szint.

Az átlagokat és az arányokat, illetve az öngyilkossági kísérletek és a súlyos öngyilkossági gondolatok eloszlásait az egyéni jellemzők szerint (életkor, nem, születési hely, lakóhely, a szülők munkanélkülisége az elmúlt évben, és az SDQ pontszám) csak az egyes intervenciós csoportokban, a tanulókat iskolák szerint összevonó klaszter modellben teszteltük.

A 3 és 12 hónapos megelőző hatások vizsgálatánál a következőkben kizártuk az elemzésből azokat a tanulókat, akik az alapfelméréskor a a PSS kérdőíven azt jelölték be, hogy életük során korábban volt öngyilkossági kísérletük, illetve ha az alapfelméréskor jelenlegi öngyilkossági rizikójúnak bizonyultak ugyanezen kérdőív alapján (ld. 4.5.3. fejezet).

Az előfordulási gyakoriságokat, illetve arányokat (öngyilkossági kísérlet, illetve súlyos öngyilkossági gondolatok) minden beavatkozási csoportban 3 és 12 hónapos bontásban tábláztuk. Az iskolák szerinti eredmények alapján képzett kvantitatív változóból számoltuk az osztályok közti korrelációt. Annak becslésére, hogy van-e a vizsgált csoportok között számottevő különbség a kieső adatok tekintetében logisztikus regresszió elemzést alkalmaztunk a csoportokra, illetve az alapeloszlásokra. Az abszolút kockázat különbségét, a prevenciót igénylők számát, és az eredményekhez igazított kockázatot a vizsgálati csoportok eredményeiből kevert lineáris varianciaanalízis modell (GLMM) segítségével kalkuláltuk. Az egyéni adathiányokat többváltozós tulajdonítással kezeltük a GLMM 3 és 12 hónapos adatainál (50 dichotom változó, teljes feltételes tulajdonítás, a személyi jellemzők esetén a hiányzó adatok aránya kisebb, mint 1%).

A további modellekben teszteltük a nem, illetve az életkor interakciókat, tehát azt, hogy nem és életkor szerint különbözik-e az intervenciók hatása. A találatok erőteljessége érdekében a csoportok közti különbségeket azon tanulók körében vizsgáltuk, akik körében komplettek voltak a 3 és a 12 hónapos adatok is.

## 5. EREDMÉNYEK

### 5.1. A depressziós kevert epizód mint öngyilkossági rizikófaktor<sup>2</sup>

#### 5.1.1. Vizsgálati személyek

A vizsgálatba 100 (férfi: 31, nő: 69) öngyilkossági kísérletet elkövetett személyt vontunk be. Az öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek átlagéletkora 36,1 év (SD=12,0) volt.

#### 5.1.2. Pszichiátriai zavarok előfordulási gyakorisága

Az öngyilkossági kísérletet elkövetett személyeknél az egyes pszichiátriai zavarok előfordulási gyakoriságát az öngyilkossági kísérlet elkövetésének idejében a 5. táblázat foglalja össze. Kiemelném, hogy jelenlegi major depressziós epizód, disztímiás zavar az öngyilkosságot elkövetett személyek 89%-ánál állt fenn (később náluk vizsgáljuk a depressziós kevert epizód előfordulási gyakoriságát).

Bipoláris zavar 29,0%-ban állt fenn, többségében, 24%-ban bipoláris II-es zavar.

#### 5.1.3. Depressziós kevert epizód

Depressziós kevert epizód az összes öngyilkossági kísérletet elkövetett személy 63,0%-ánál állt fenn, míg a major depressziós epizód és/vagy a disztímiás zavar diagnózisú személyek 70,8%-ánál állt fenn legalább 3 hipomán tünet is az öngyilkossági kísérlet elkövetésének idejében. A bipoláris major depressziós epizód diagnózisú betegek között a depressziós kevert epizód előfordulása szignifikánsan gyakoribb volt ( $26/29=89,6\%$ ), mint az unipoláris major depressziós epizód diagnózisúak között ( $37/60=61,6\%$ ) ( $p=0,0065$ ).

---

<sup>2</sup> Jelen fejezet a Balázs és munkatársai (2006) közlemény fordított és helyenként átdolgozott változata.

5. táblázat. Az öngyilkosságot megkísérelt személyeknél az egyes pszichiátriai zavarok előfordulási gyakorisága az öngyilkossági kísérlet elkövetésének idejében (N=100) (Balázs és mtsai, 2006).

| Öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek<br>(n=100) |                                |
|--|--------------------------------|
| Pszichiátriai zavar                                      | Előfordulási gyakoriság<br>(%) |
| Major depressziós epizód                                 | 69,0                           |
| Disztímiás zavar   | 20,0                           |
| Bipoláris II zavar                                       | 24,0                           |
| Bipoláris I zavar  | 5,0                            |
| Pánik zavar  | 19,0                           |
| Szociális fóbia  | 14,0                           |
| Kényszeres zavar   | 0,0                            |
| Poszttraumás stressz zavar                               | 3,0                            |
| Generalizált szorongásos zavar                           | 62,0                           |
| Alkohol abúzus/dependencia                               | 55,0                           |
| Pszichoaktív szer abúzus /<br>dependencia                | 19,0                           |
| Pszichotikus zavar                                       | 13,0                           |
| Anorexia nervosa   | 2,0                            |
| Bulimia nervosa  | 2,0                            |
| Antiszociális személyiségzavar                           | 3,0                            |

A 6., 7. és 8. táblázat a depressziós nem-kevert epizódú, öngyilkossági kísérletet elkövetett személyeket hasonlítja össze a depressziós kevert epizód diagnózisú személyekkel. A depressziós kevert epizód diagnózisú, öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek átlagéletkora 35,4 év (SD=11,9), míg a depressziós nem-kevert epizód diagnózisúaké 38,0 év (SD=12,2) volt. A depressziós kevert epizód diagnózisúak 76,1%, míg a depressziós nem-kevert epizód diagnózisúak 56,7%-a volt nő.

6. táblázat. A depressziós nem-kevert epizódú és a depressziós kevert epizódú, öngyilkossági kísérletet elkövető személyek összehasonlítása öngyilkos magatartás tekintetében (Balázs és mtsai, 2006).

|  | Depressziós<br>nem-kevert<br>epizód<br>(n=37) | Depressziós<br>kevert<br>epizód<br>(n=63) | OR (95% CI )    |
|--|---|---|-----------------|
| Halál gondolatával foglalkozás             | 51,3  | 83,5                                      | 4,4(1,7-11,1)** |
| Azon gondolkodás, hogy kárt tegyen magában | 32,4  | 66,6                                      | 4,1(1,7-9,8)**  |
| Azon gondolkodás, hogy öngyilkos legyen    | 32,4  | 68,2                                      | 4,4(1,8-10,6)** |
| Öngyilkossági tervek                       | 24,3  | 53,9                                      | 3,6(1,4-8,9)**  |

OR=esély hányados (odds ratio), CI: 95% megbízhatósági tartomány (Confidence Interval)

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$

7. táblázat. A depressziós nem-kevert epizódú és a depressziós kevert epizódú, öngyilkossági kísérletet elkövető személyek összehasonlítása komorbid pszichiátriai zavarok tekintetében (Balázs és mtsai, 2006).

|                                      | Depressziós<br>nem-kevert<br>epizód<br>(n=37) | Depressziós<br>kevert<br>epizód<br>(n=63) | OR (95% CI )       |
|--------------------------------------|---|---|--------------------|
| Major depressziós epizód             | 37,8  | 87,3                                      | 11,2(4,1-30,5)**   |
| Disztímiás zavar                     | 10,8  | 25,3                                      | 2,8(0,8-9,1)       |
| Bipoláris II zavar                   | 5,4   | 34,9                                      | 9,3(2,0-42,7)**    |
| Bipoláris I zavar                    | 2,7   | 6,3                                       | 2,4(0,2-22,7)      |
| Pánik zavar                          | 0,0   | 30,6                                      | p<0,001            |
| Szociális fóbia                      | 0,0   | 22,2                                      | p=0,002            |
| Kényszeres zavar                     | 0,0   | 0,0                                       |                    |
| Poszttraumás stressz zavar           | 0,0   | 4,7                                       | p=0,294            |
| Generalizált szorongásos zavar       | 16,2  | 88,8                                      | 41,3(12,7-133,8)** |
| Alkohol abúzus/dependencia           | 54,0  | 55,9                                      | 1,0(0,6-1,6)       |
| Pszichoaktív szer abúzus/dependencia | 5,4   | 26,9                                      | 6,4(1,4-29,8)*     |
| Pszichotikus zavar                   | 8,1   | 15,8                                      | 2,1(0,5-8,3)       |
| Anorexia nervosa                     | 2,7   | 1,5                                       | 0,5(0,0-9,5)       |
| Bulimia nervosa                      | 0,0   | 3,1                                       | p=0,529            |
| Antiszoziális személyiség zavar      | 5,5   | 1,5                                       | 0,2(0,0-3,1)       |

OR=esély hányados (odds ratio), CI: 95% megbízhatósági tartomány (Confidence Interval),

\* p< 0,05 , \*\* p< 0,01

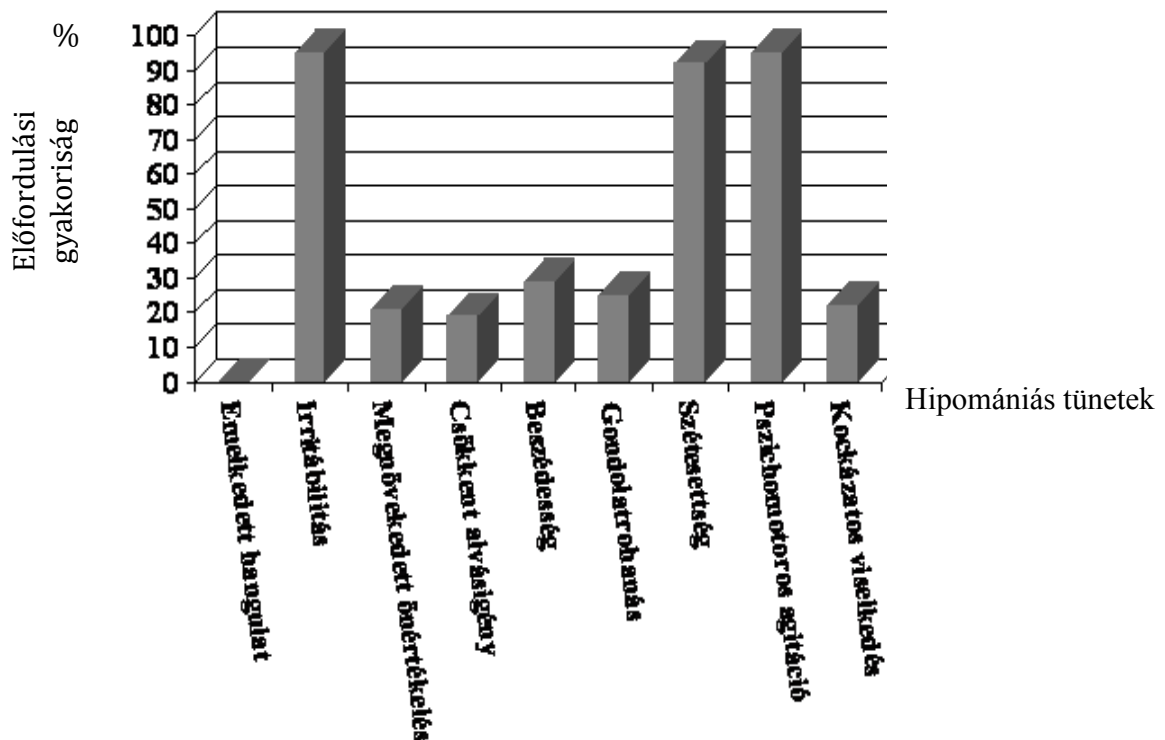
8. táblázat. A depressziós nem-kevert epizódú és a depressziós kevert epizódú, öngyilkossági kísérletet elkövető személyek összehasonlítása “intradepresszív” hipomán tünetek tekintetében (Balázs és mtsai, 2006).

|                         | Depressziós<br>nem-kevert<br>epizód<br>(n=37) | Depressziós<br>kevert<br>epizód<br>(n=63) | OR (95% CI )        |
|-------------------------|---|---|---------------------|
| Emelkedett hangulat     | 0,0   | 0,0                                       |                     |
| Irritabilitás           | 16,2  | 95,1                                      | 101,6(23,7-434,2)** |
| Grandiozitás            | 2,7   | 20,6                                      | 9,6(1,1-74,8)*      |
| Insomnia                | 0,0   | 19,0                                      | p=0,003             |
| Beszédesség             | 2,7   | 28,5                                      | 14,4(1,8-113,0)*    |
| Gondolatrohanás         | 0,0   | 25,3                                      | p<0,001             |
| Disztraktibilitás       | 0,0   | 91,9                                      | p<0,001             |
| Pszichomotoros agitáció | 24,3  | 95,1                                      | 61,1(15,3-243,6)**  |
| Kockázatos viselkedés   | 5,4   | 22,2                                      | 5,0(1,0-23,4)*      |

OR=esély hányados (odds ratio), CI: 95% megbízhatósági tartomány (Confidence Interval),

\* p< 0,05, \*\* p< 0,01

A 6. ábra a hipomániás tünetek előfordulási gyakoriságát mutatja be a major depressziós epizód és/vagy a disztímiás zavar fennállása közben. Látható, hogy 3 tünet, az irritabilitás, a szétesettség és a pszichomotoros agitáció a depressziós kevert epizódú, öngyilkossági kísérletet elkövető személyek több mint 90%-ánál előfordult.



6. ábra. A hipomániás tünetek előfordulási gyakorisága major depressziós epizód és/vagy a disztímiás zavar fennállása közben.

## 5.2. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint öngyilkossági rizikófaktor<sup>3</sup>

### 5.2.1. Vizsgálati személyek

A mintába bevont gyermekek (n=220) átlagéletkora 7,67 év volt (SD=2,03, tartomány: 3-11 év), a serdülők (n=198) átlagéletkora pedig 14,31 év volt (SD=1,67, tartomány: 12-év).

A gyermekek között 39 (17,7%) lány és 181 (82,3%) fiú volt, míg a serdülők között 85 (42,9%) lány és 113 (57,1%) fiú volt. Szignifikánsan több fiú volt a gyermekek csoportjában, mint a serdülőknél ( $\chi^2(1)=31,722$   $p<0,001$   $\phi=0,275$ ).

<sup>3</sup> Jelen fejezet a Balázs és munkatársai (2014) közlemény fordított és helyenként átdolgozott változata.



### 5.2.2. Pszichiátriai zavarok előfordulási gyakorisága

Összesen 152 (69,1%) gyermeknél és 59 (29,8%) serdülőnél állítottuk fel az ADHD diagnózisát a Gyermek MINI-vel ( $\chi^2(1)=64,364$   $p<0,001$   $\phi=0,392$ ), és további 43 (19,5%) gyermeknél és 62 (31,3%) serdülőnél találtunk küszöb alatti ADHD tüneteket. Ha az ADHD súlyosságát vizsgáljuk meg tünetszám szerint, azt látjuk, hogy a gyermekek 87,3%-nak és a serdülők 55,5%-nak több mint 5 tünete van (ezt tekintettük a küszöb alatti ADHD kritériumának). Az ADHD tünetek mediánja gyermekek esetében 13, serdülők esetében 7 volt (interkvartilis félterjedelem: gyermekeknél: 9-16, serdülőknél: 3-11).

A jelenlegi öngyilkos magatartás 28 (12,7%) gyermeknél és 77 (38,9%) serdülőnél állt fenn a Gyermek MINI szerint ( $\chi^2(1)=37,919$   $p<0,001$   $\phi=0,301$ ).

A két vizsgálati csoportban (gyermek és serdülő csoport) a Gyermek MINI szerint fennálló diagnózisokat az 9. táblázat mutatja be.

### 5.2.3. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar tünetei és az öngyilkos magatartás közötti kapcsolat

A többszörös mediátor elemzés eredményeit a 10. táblázatban és a 4.a és 4.b ábrán mutatom be. Mindkét csoportban, tehát a gyermekeknél és a serdülőknél is a kor szignifikáns, pozitív asszociációt mutatott az öngyilkos magatartással, tehát mind az idősebb gyermekeknél, mind az idősebb serdülőknél nagyobb öngyilkossági rizikó állt fenn.

A gyermekek csoportjában az ADHD tüneteinek teljes hatása az öngyilkos magatartásra 0,137 ( $p=0,019$ ) volt, míg a direkt hatása 0,051 ( $p=0,508$ ). A serdülők csoportjában az ADHD tüneteinek teljes hatása az öngyilkos magatartásra 0,112 ( $p=0,002$ ) volt, míg a direkt hatása 0,014 ( $p=0,797$ ). Ezek az eredmények azt mutatják, hogy az ADHD tünetei és az öngyilkos magatartás közötti kapcsolatot teljesen mediálják a komorbid kórképek tünetei mindkét csoportban.

9. táblázat. A két vizsgálati csoportban a Gyermek MINI szerint fennálló diagnózisok (Balázs és mtsai, 2014).

|   | Gyermek MINI szerint fennálló<br>diagnózisok<br><i>n</i> (%) |                              | $\chi^2$ ( <i>p</i> ) | $\phi$ |
|---|--|------------------------------|-----------------------|--------|
|   | Gyermekek<br>( <i>n</i> =220)                                | Serdülők<br>( <i>n</i> =198) |                       |        |
| ADHD                                      | 152 (69,1)   | 59 (29,8)                    | 64,364 (<0,001)       | -0,392 |
| Agorafóbia                                | 36 (16,4)  | 38 (19,2)                    | 0,572 (0,449)         | 0,037  |
| (Hipo)mánia                               | 68 (30,9)  | 35 (17,7)                    | 9,826 (0,002)         | -0,153 |
| Pánik zavar                               | 4 (1,8)  | 17 (8,6)                     | 10,003 (0,002)        | 0,155  |
| OCD                                       | 16 (7,3)   | 32 (16,2)                    | 8,101 (0,004)         | 0,139  |
| Tik zavar                                 | 15 (6,8)   | 7 (3,5)                      | 2,253 (0,133)         | -0,073 |
| GAD                                       | 20 (9,1)   | 41 (20,7)                    | 11,282 (0,001)        | 0,168  |
| MDE és Disztímia                          | 20 (9,1)   | 46 (23,2)                    | 15,673 (<0,001)       | 0,194  |
| Szorongásos zavarok<br>(Szep, Spec, Szoc) | 60 (27,3)  | 53 (26,8)                    | 0,013 (0,908)         | -0,006 |
| ODD és CD                                 | 131 (59,5)   | 70 (35,4)                    | 24,431 (<0,001)       | -0,242 |
| Pszichoaktív szerhasználat                | 3 (1,4)  | 11 (5,6)                     | 5,657 (0,017)         | 0,116  |

ADHD: Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder), OCD: Kényszeres zavar (Obsessive Compulsive Disorder), GAD: Generalizált szorongásos zavar (Generalized Anxiety Disorder), MDE: Major Depressziós Epizód, Szep: Szeparációs szorongásos zavar, Spec: Specifikus fóbia, Szoc: Szociális szorongásos zavar, ODD: Oppozíciós zavar (Oppositional Defiant Disorder), CD: Viselkedészavar (Conduct Disorder)  
 $\chi^2$ : khí-négyzet, *p*: szignifikancia szint,  $\phi$ : Phi-féle kontingencia együttható

10. táblázat. A többszörös mediátor elemzés: Az ADHD tünetei és az öngyilkos magatartás kapcsolatának és a komorbid kórképek tüneteinek vizsgálata a két vizsgálati csoportban (Balázs és mtsai, 2014).

|                                | Gyermekek (<12 év)<br>( <i>n</i> =220) |           |          |          |       |                   | Serdülők (≥12 év)<br>( <i>n</i> =198) |           |          |          |       |                   |
|--------------------------------|--|-----------|----------|----------|-------|-------------------|---------------------------------------|-----------|----------|----------|-------|-------------------|
|                                | <i>b</i>                               | <i>SE</i> | <i>z</i> | <i>p</i> | Wald  | BCa 95% <i>CI</i> | <i>b</i>                              | <i>SE</i> | <i>z</i> | <i>p</i> | Wald  | BCa 95% <i>CI</i> |
| Teljes hatás                   | 0,137                                  | 0,059     | 2,340    | 0,019    | 5,476 |                   | 0,112                                 | 0,036     | 3,102    | 0,002    | 9,625 |                   |
| Közvetlen/<br>Direkt hatás     | 0,051                                  | 0,077     | 0,662    | 0,508    | 0,439 |                   | 0,014                                 | 0,053     | 0,258    | 0,797    | 0,066 |                   |
| Kontrollált<br>változók        |  |           |          |          |       |                   |                                       |           |          |          |       |                   |
| Gyermek neme<br>(0=fű, 1=lány) | 0,474                                  | 0,645     | 0,735    | 0,462    | 0,541 |                   | -0,534                                | 0,400     | -1,340   | 0,180    | 1,796 |                   |
| Gyermek kora                   | 0,398                                  | 0,137     | 2,912    | 0,004    | 8,482 |                   | 0,335                                 | 0,126     | 2,672    | 0,008    | 7,138 |                   |
| Specifikus<br>indirekt hatás   |  |           |          |          |       |                   |                                       |           |          |          |       |                   |
| Agoraföbia<br>tünetei          | 0,001                                  | 0,008     |          |          |       | -0,009 — 0,029    | 0,010                                 | 0,005     |          |          |       | -0,003 — 0,030    |
| Mániás epizód<br>tünetei       | 0,056                                  | 0,041     |          |          |       | -0,036 — 0,133    | -0,013                                | 0,033     |          |          |       | -0,084 — 0,048    |

10. táblázat folytatása. A többszörös mediátor elemzés: Az ADHD tünetei és az öngyilkos magatartás kapcsolatának és a komorbid kórképek tüneteinek vizsgálata a két vizsgálati csoportban (Balázs és mtsai, 2014).

|                                    | Gyermekek (<12 év)<br>( <i>n</i> =220)           |           |          |          |      |                   | Serdülők (≥12 év)<br>( <i>n</i> =198)            |           |          |          |      |                   |
|------------------------------------|--|-----------|----------|----------|------|-------------------|--|-----------|----------|----------|------|-------------------|
|                                    | <i>b</i>   | <i>SE</i> | <i>z</i> | <i>p</i> | Wald | BCa 95% <i>CI</i> | <i>b</i>   | <i>SE</i> | <i>z</i> | <i>p</i> | Wald | BCa 95% <i>CI</i> |
| Pánik zavar tünetei                | -0,005   | 0,012     |          |          |      | -0,035 — 0,014    | -0,003   | 0,016     |          |          |      | -0,031 — 0,034    |
| OCD tünetei                        | 0,007  | 0,009     |          |          |      | -0,008 — ,025     | -0,006   | 0,014     |          |          |      | -0,037 — 0,023    |
| Tik zavar tünetei                  | -0,004   | 0,008     |          |          |      | -0,026 — 0,007    | 0,006  | 0,010     |          |          |      | -0,009 — 0,021    |
| GAD tünetei                        | -0,008   | 0,018     |          |          |      | -0,041 — 0,030    | 0,012  | 0,019     |          |          |      | -0,023 — 0,054    |
| MDE és Disztímia tünetei           | 0,051  | 0,039     |          |          |      | -0,026 — 0,131    | 0,094  | 0,031     |          |          |      | 0,016 — 0,137     |
| Szep, Spec, Szoc zavar tünetei     | 0,024  | 0,015     |          |          |      | 0,001 — 0,060     | -0,006   | 0,018     |          |          |      | -0,048 — 0,024    |
| ODD és CD tünetei                  | -0,033   | 0,044     |          |          |      | -0,116 — 0,056    | 0,017  | 0,040     |          |          |      | -0,064 — 0,094    |
| Pszichoaktív szerhasználat tünetei | 0,031  | 0,069     |          |          |      | -0,046 — 0,176    | 0,037  | 0,028     |          |          |      | 0,002 — 0,102     |
| Teljes modell                      | Nagelkerke $R^2=0,273$ ; Cox & Snell $R^2=0,145$ |           |          |          |      |                   | Nagelkerke $R^2=0,408$ ; Cox & Snell $R^2=0,301$ |           |          |          |      |                   |
|                                    | $\chi^2=98,576$ ; $df=10$ ; $p<0,001$            |           |          |          |      |                   | $\chi^2=127,998$ ; $df=10$ ; $p<0,001$           |           |          |          |      |                   |

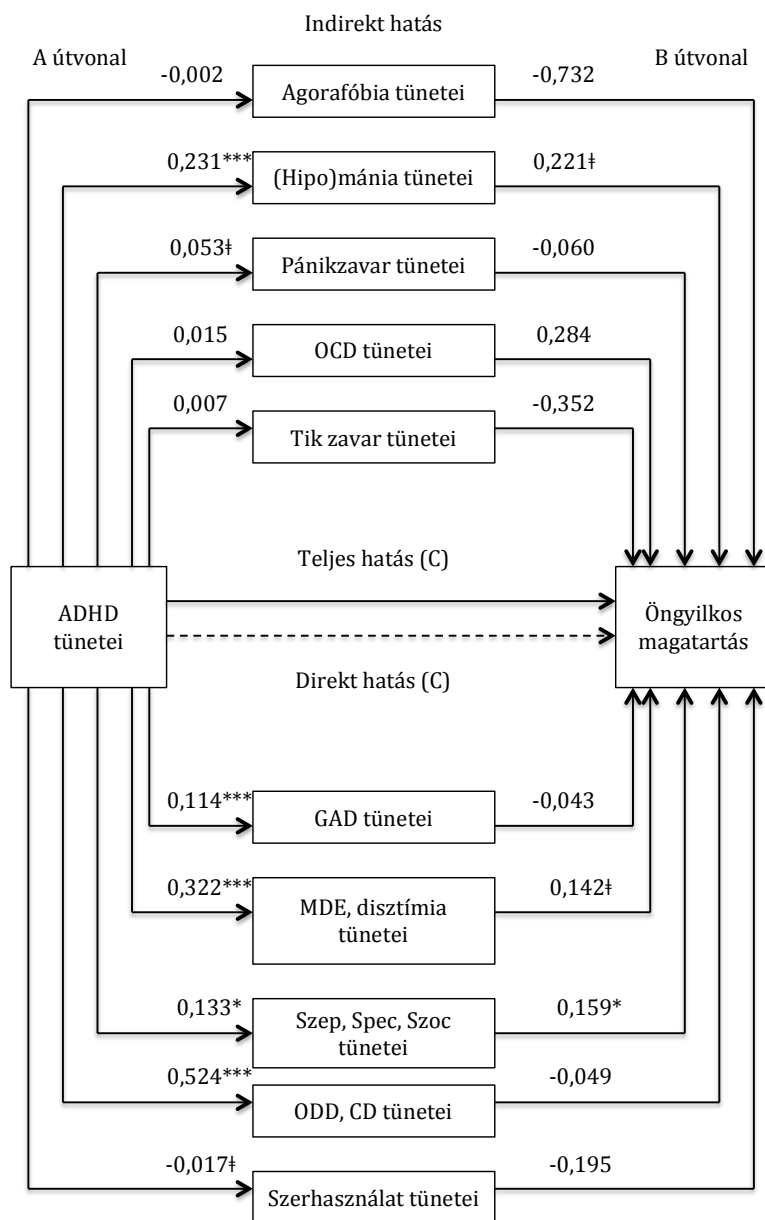
Függő változó: jelenlegi öngyilkos magatartás (*fennáll*=1; *nem áll fenn*=0), amit a Gyermek MINI-vel mértünk. *b*: regressziós együttható (nem standardizált). *SE*: standard hiba (standard error); BCa 95% *CI*: korrigált 95%-os bootstrap megbízhatósági tartomány (Confidence Interval);  $\chi^2$ : khí-négyzet, df: szabadságfok, p: szignifikancia szint

ADHD: Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder), OCD: Kényszeres zavar (Obsessive Compulsive Disorder), GAD: Generalizált szorongásos zavar (Generalized Anxiety Disorder), MDE: Major Depressziós Epizód, Szep: Szeparációs szorongásos zavar, Spec: Specifikus fóbia, Szoc: Szociális szorongásos zavar, ODD: Oppozíciós zavar (Oppositional Defiant Disorder), CD: Viselkedészavar (Conduct Disorder).

Bootstrap mintavételek száma: 1000.

A gyermekeknél a specifikus fóbia tünetei bizonyultak szignifikáns mediátornak ( $=0,024$ ; 95% BCa bootstrap CI: 0,001-0,060). A 7.a ábrán az A és a B út azt mutatja, hogy az ADHD tünetei több szorongásos tünettel jártak együtt, ami pedig magasabb öngyilkossági kockázattal mutatott összefüggést. Több ADHD tünet szintén együtt járt több (hipo)mánia, GAD, major depressziós epizód és disztímia, valamint oppozíciós zavar és viselkedészavar tünettel, de ezek nem bizonyultak szignifikáns mediátornak az ADHD tünetei és az öngyilkos magatartás között (7.a ábra).

A serdülőknél a major depressziós epizód és disztímia tünetei ( $=0,094$ ; 95% BCa bootstrap CI: 0,016-0,137), valamint a pszichoaktív szerhasználat tünetei ( $=0,037$ ; 95% BCa bootstrap CI: 0,002-0,102) bizonyultak szignifikáns mediátornak. Több ADHD tünet együtt járt több major depressziós epizód, disztímia és pszichoaktív szerhasználat tünettel és ezek magasabb öngyilkossági kockázattal is összefüggést mutattak. Továbbá több ADHD tünetet szintén együtt járt több (hipo)mánia, pánik zavar, kényszeres zavar, tic zavar, GAD, specifikus fóbia, valamint oppozíciós zavar és viselkedészavar tünettel, de ezek nem bizonyultak szignifikáns mediátornak az ADHD tünetei és az öngyilkos magatartás között (7.b ábra).

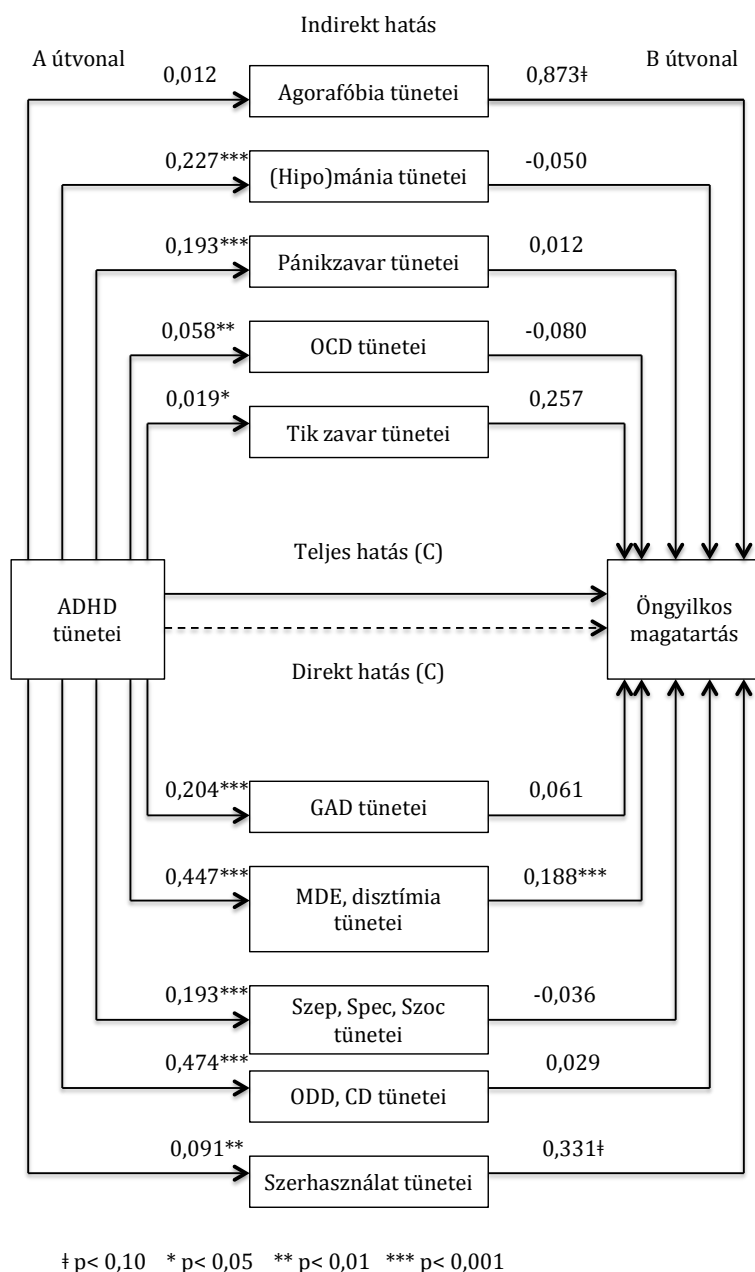


†  $p < 0,10$  \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

7.a ábra. A komorbid pszichiátriai zavarok tünetei mint mediátorok, az ADHD tünetei és a jelenlegi öngyilkos magatartás kapcsolatában gyermekeknél ( $n=220$ ) (Balázs és mtsai, 2014).

Megjegyzés. Az életkor és a nem kovariánsként szerepeltek a modellben, de az ábrán az áttekinthetőség kedvéért nincsenek feltüntetve.

ADHD: Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder), OCD: Kényszeres zavar (Obsessive Compulsive Disorder), GAD: Generalizált szorongásos zavar (Generalized Anxiety Disorder), MDE: Major Depressziós Epizód, Szep: Szeparációs szorongásos zavar, Spec: Specifikus fóbia, Szoc: Szociális szorongásos zavar, ODD: Oppozíciós zavar (Oppositional Defiant Disorder), CD: Viselkedészavar (Conduct Disorder)



7.b ábra. A komorbid pszichiátriai zavarok tünetei mint mediátorok, az ADHD tünetei és a jelenlegi öngyilkos magatartás kapcsolatában serdülőknél ( $n=198$ ) (Balázs és mtsai, 2014).

Megjegyzés. Az életkor és nem kovariánsként szerepeltek a modellben, de az ábrán az áttekinthetőség kedvéért nincsenek feltüntetve.

ADHD: Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder), OCD: Kényszeres zavar (Obsessive Compulsive Disorder), GAD: Generalizált szorongásos zavar (Generalized Anxiety Disorder), MDE: Major Depressziós Epizód, Szep: Szeparációs szorongásos zavar, Spec: Specifikus fóbia, Szoc: Szociális szorongásos zavar, ODD: Oppozíciós zavar (Oppositional Defiant Disorder), CD: Viselkedészavar (Conduct Disorder)



### 5.3. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint a nem-szuicidális önsértés rizikófaktora<sup>4</sup>

#### 5.3.1. Vizsgálati személyek

A vizsgálatba összesen 202 pszichiátriai osztályra felvett serdülőt vontunk be, 99 (49%) fiút és 103 (51%) lányt. Az egész vizsgálati csoport átlagéletkora 14,87 év (SD=1,38) volt, a fiúk átlagéletkora 14,8 év (SD= 1,43), a lányok átlagéletkora 14,94 év (SD=1,35) volt. Nem találtunk szignifikáns különbséget a fiúk és a lányok átlagéletkorában ( $U=4771,000$   $z=-0,806$   $p>0,05$ ).

#### 5.3.2. Pszichiátriai zavarok előfordulási gyakorisága

A vizsgálatba bevont 202 serdülőből 52-nél (25,7%) állítottuk fel a Gyermek MINI-vel az ADHD diagnózist, közülük 23 fiú (44,2%) és 29 (55,8%) lány. Az ADHD diagnózissal rendelkező serdülők átlagéletkora 14,75 év (SD=1,25) volt, a fiúk átlagéletkora 14,95 év (SD=1,29), a lányoké 14,58 év (SD=1,21). Az ADHD diagnózissal rendelkező lányok és fiúk között életkor tekintetében nem áll fenn szignifikáns különbség ( $U=290,000$   $z=-0,832$   $p>0,05$ ).

Továbbá a vizsgálatba bevont 202 serdülőből 77-nél (38,1%) állt fenn küszöb alatti ADHD diagnózisa, 40 fiúnál (52%) és 37 (48%) lánynál. Ezen serdülők átlagéletkora 14,88 év (SD=1,53), a fiúk átlagéletkora 15 év (SD=1,55), a lányoké 14,76 (SD=1,52). Nincs szignifikáns különbség a két nem között az életkor tekintetében ( $U=675,500$   $z=-0,673$   $p>0,05$ ).

Az 52 ADHD diagnózissal rendelkező serdülőből 35-nél (67,30%) állt fenn NSSI, 10 (28,60%) fiúnál és 25 (71,40%) lánynál. Az ADHD diagnózissal rendelkező lányoknál ( $n=29$ ) szignifikánsan nagyobb arányban fordul elő NSSI ( $N=25/29 - 86,2\%$ ), mint az ADHD diagnózissal rendelkező fiúknál ( $n=10/23 - 43,5\%$ ) ( $\chi^2(1)= 10,643$   $p < 0,001$   $\phi=0,452$ ).

A 11. táblázat bemutatja az ADHD és NSSI együttes előfordulása melletti komorbid zavarok előfordulási gyakoriságát.

---

<sup>4</sup> Jelen fejezet a Balázs és munkatársai (2018a) közlemény fordított és helyenként átdolgozott változata.

11. táblázat. Az ADHD és NSSI együttes előfordulása melletti komorbid zavarok előfordulási gyakorisága (n=35).

| Pszichiátriai zavarok                   | Összes<br>(n=35) | Összes<br>% | Fiú<br>(n=10) | Fiú<br>(%) | Lány<br>(n=25) | Lány<br>(%) |
|---|------------------|-------------|---------------|------------|----------------|-------------|
| Öngyilkos magatartás                    | 33               | 94          | 9             | 90         | 24             | 96          |
| Oppozíciós zavar                        | 23               | 66          | 8             | 80         | 15             | 60          |
| Generalizált szorongásos zavar          | 22               | 63          | 6             | 60         | 16             | 64          |
| Pszichotikus zavar                      | 21               | 60          | 4             | 40         | 17             | 68          |
| Mániás epizód                           | 18               | 51          | 5             | 50         | 13             | 52          |
| Szociális szorongásos zavar             | 17               | 49          | 5             | 50         | 12             | 48          |
| Kényszeres zavar                        | 16               | 46          | 2             | 20         | 14             | 56          |
| Major depresszív epizód                 | 15               | 43          | 2             | 20         | 13             | 52          |
| Disztímia                               | 12               | 34          | 3             | 30         | 9              | 36          |
| Pánik zavar                             | 11               | 31          | 2             | 20         | 9              | 36          |
| Alkohol abúzus/dependencia              | 9                | 26          | 1             | 10         | 8              | 32          |
| Szeparációs szorongásos zavar           | 9                | 26          | 1             | 10         | 8              | 32          |
| Viselkedészavar                         | 8                | 23          | 2             | 20         | 6              | 24          |
| Agorafóbia                              | 8                | 23          | 2             | 20         | 6              | 24          |
| Pszichoaktív szer<br>abúzus/dependencia | 8                | 23          | 1             | 10         | 7              | 28          |
| Hipomán epizód                          | 7                | 20          | 1             | 10         | 6              | 24          |
| Specifikus fóbia                        | 7                | 20          | 1             | 10         | 6              | 24          |
| Poszttraumás stressz zavar              | 6                | 17          | 1             | 10         | 5              | 20          |

### 5.3.3. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar tünetei és a nem-szuicidális önsértés közötti kapcsolat

A hipotetikusan felállított mediátor modellben vizsgálva (1. ábra: a) az ADHD tünetei (független változó) szignifikánsan előrejelzik az összes vizsgált komorbid mentális zavar (mediáló tényező) tüneteinek a megjelenését (12. táblázat).

Az NSSI megjelenését a komorbid zavarok közül szignifikánsan előrejelzi az alkohol abúzus és dependencia, a pszichotikus zavarok és az öngyilkos magatartás és a serdülő neme (1. ábra: b) (13.a és b táblázat).

Vizsgálatunkban az ADHD tüneteinek nincs közvetlen (direkt) (1. ábra: c) szignifikáns hatása az NSSI előfordulására ( $b=-0,044$ ,  $t(190)=-1,147$ ,  $p>0,05$ ), viszont az ADHD tüneteinek a komorbid mentális zavarokon keresztül indirekt/mediáló hatása (1. ábra: a\*b) van az NSSI előfordulására (14. táblázat).

Hipotetikusan felállított moderált mediátor modellben vizsgálva (2. ábra) az ADHD tüneteinek nincs közvetlen (direkt) szignifikáns hatása az NSSI előfordulására egyik nem esetében sem (fiúk:  $0,072$  SE=  $0,049$   $t=-1,459$   $p=0,146$ , lányok:  $0,024$  SE=  $0,044$   $t=-0,558$   $p=0,578$ ) (2. ábra: c).

Az ADHD és az NSSI közötti kapcsolatot mediálják mindkét nem esetében a hangulatzavarok, a pszichotikus zavarok és az öngyilkos magatartás tünetei. Ezenfelül csak a lányok esetében még az alkohol abúzus és dependencia is (15. táblázat).

12. táblázat. Az ADHD tüneteinek (független változó) hatása a vizsgált komorbid mentális zavarok (mediáló tényezők) tüneteinek a megjelenésére.

| Az ADHD tüneteinek (független változó) hatása a vizsgált komorbid mentális zavarok (mediáló tényező) tüneteinek a megjelenésére | R <sup>2</sup> | F      | df1   | df2     | p     | b     | SE    | t      | p     |
|---|----------------|--------|-------|---------|-------|-------|-------|--------|-------|
| Hangulatzavarok   | 0,444          | 79,593 | 2,000 | 199,000 | <0,01 | 0,812 | 0,073 | 11,140 | <0,01 |
| Szorongásos zavarok   | 0,348          | 53,141 | 2,000 | 199,000 | <0,01 | 1,326 | 0,156 | 8,517  | <0,01 |
| Kényszeres zavar  | 0,151          | 17,699 | 2,000 | 199,000 | <0,01 | 0,108 | 0,021 | 5,100  | <0,01 |
| Viselkedési és Oppozíciós zavar   | 0,450          | 81,566 | 2,000 | 199,000 | <0,01 | 0,565 | 0,044 | 12,699 | <0,01 |
| Alkohol abúzus és dependencia   | 0,03           | 3,066  | 2,000 | 199,000 | 0,049 | 0,066 | 0,027 | 2,426  | 0,016 |
| Pszichoaktív szer által okozott abúzus és dependencia   | 0,054          | 5,676  | 2,000 | 199,000 | <0,01 | 0,098 | 0,031 | 3,129  | <0,01 |
| Pszichotikus zavarok  | 0,115          | 12,964 | 2,000 | 199,000 | <0,01 | 0,163 | 0,039 | 4,189  | <0,01 |
| Öngyilkos magatartás  | 0,219          | 27,942 | 2,000 | 199,000 | <0,01 | 0,151 | 0,033 | 4,524  | <0,01 |

b: regressziós együttható (nem standardizált), df: szabadságfok, p: szignifikancia szint, SE: standard hiba (standard error)

13.a és b táblázat. Az ADHD tüneteinek és a komorbid zavarok tüneteinek a hatása az NSSI prevalenciájára.

| Modell   | R <sup>2</sup> | F      | df1    | df2     | p     |
|--|----------------|--------|--------|---------|-------|
| Az ADHD tüneteinek és a komorbid zavarok tüneteinek a hatása az NSSI prevalenciájára | 0,503          | 19,348 | 10,000 | 191,000 | <0,01 |

| Az ADHD tüneteinek és a komorbid zavarok tüneteinek a hatása az NSSI prevalenciájára | b      | SE    | t      | p     |
|--|--------|-------|--------|-------|
| Hangulatzavarok  | 0,05   | 0,031 | 1,628  | 0,105 |
| Szorongásos zavarok  | -0,002 | 0,015 | -0,106 | 0,916 |
| Kényszeres zavar   | 0,128  | 0,098 | 1,317  | 0,189 |
| Viselkedési és Oppozíciós zavar  | -0,032 | 0,042 | -0,754 | 0,452 |
| Alkohol abúzus és dependencia  | 0,216  | 0,085 | 2,546  | 0,012 |
| Pszichoaktív szer által okozott abúzus és dependencia                                | -0,02  | 0,074 | -0,274 | 0,784 |
| Pszichotikus zavarok   | 0,153  | 0,049 | 3,107  | <0,01 |
| Öngyilkos magatartás   | 0,351  | 0,062 | 5,634  | <0,01 |
| ADHD   | -0,044 | 0,038 | -1,147 | 0,253 |
| Nem  | 0,802  | 0,298 | 2,688  | <0,01 |

b: regressziós együttható (nem standardizált), df: szabadságfok,  
p: szignifikancia szint, SE: standard hiba (standard error)

14. táblázat. Az ADHD tüneteinek a komorbid mentális zavarokon  
(mediáló tényezők) keresztüli indirekt/mediáló hatása az NSSI előfordulására.

| Indirekt hatás:<br>ADHD -> NSSI                          | Hatás  | Boot SE | BootLLCI | BootULCI |
|--|--------|---------|----------|----------|
| Totál  | 0,125  | 0,033   | 0,064    | 0,195    |
| Hangulatzavarok  | 0,041  | 0,023   | 0,002    | 0,093    |
| Szorongásos zavarok                                      | -0,002 | 0,021   | -0,042   | 0,043    |
| Kényszeres zavar   | 0,014  | 0,01    | -0,003   | 0,037    |
| Viselkedési és Oppozíciós zavar                          | -0,018 | 0,024   | -0,069   | 0,027    |
| Alkohol abúzus és dependencia                            | 0,014  | 0,009   | 0,002    | 0,04     |
| Pszichoaktív szer által okozott<br>abúzus és dependencia | -0,002 | 0,011   | -0,03    | 0,015    |
| Pszichotikus zavarok                                     | 0,025  | 0,013   | 0,005    | 0,059    |
| Öngyilkos magatartás                                     | 0,053  | 0,016   | 0,026    | 0,089    |

Bootstrap-módszer alkalmazása, SE: standard hiba (standard error),

BootLLCI-BootULCI: 95%-os konfidencia intervallum:

ha az intervallum mindkét vége + vagy -, tehát nincs benne a nulla értéke, akkor a hatás szignifikáns.

15. táblázat. Az ADHD és NSSI közötti moderált mediált/indirekt hatás nemenként

|                               | Nem  | Indirekt hatás | Boot SE | BootLLCI | BootULCI |
|-------------------------------|------|----------------|---------|----------|----------|
| Hangulatzavarok               | Fiú  | 0,051          | 0,027   | 0,002    | 0,113    |
|                               | Lány | 0,039          | 0,021   | 0,004    | 0,088    |
| Alkohol abúzus és dependencia | Fiú  | 0,000          | 0,007   | -0,017   | 0,012    |
|                               | Lány | 0,026          | 0,017   | 0,003    | 0,072    |
| Pszichotikus zavarok          | Fiú  | 0,014          | 0,012   | 0,000    | 0,051    |
|                               | Lány | 0,033          | 0,018   | 0,006    | 0,079    |
| Öngyilkos magatartás          | Fiú  | 0,034          | 0,016   | 0,007    | 0,071    |
|                               | Lány | 0,067          | 0,023   | 0,030    | 0,122    |

Bootstrap-módszer alkalmazása, SE: standard hiba (standard error), BootLLCI-BootULCI: 95%-os konfidencia intervallum: ha az intervallum mindkét vége + vagy -, tehát nincs benne a nulla értéke, akkor a hatás szignifikáns.

## 5.4. Az életminőség mint öngyilkossági rizikófaktor<sup>5</sup>

### 5.4.1. Vizsgálati személyek

A vizsgálatba 134 pszichiátriai ellátásba kerülő serdülőt vontunk be, 72 (53,7%) fiút és 62 (46,3%) lányt. Átlag életkoruk 14,48 év (SD=1,34, tartomány: 13-18 év) volt.

A vizsgálati csoportban a Gyermek MINI által diagnosztizált pszichiátriai zavarok előfordulási gyakoriságát az 16. táblázat mutatja be.

A Gyermek MINI szerint 54 (40,3%) serdülőnél nem állt fenn az öngyilkos magatartás rizikója, alacsony öngyilkos magatartás rizikójú volt 24 (17,9%) serdülő, közepes öngyilkos magatartás rizikójú volt 14 (10,4%) serdülő és magas öngyilkos magatartás rizikójú volt 42 (31,3%) serdülő.

16. táblázat. A vizsgálati csoportban (n=134) a Gyermek MINI által diagnosztizált pszichiátriai zavarok előfordulási gyakorisága.

| Gyermek MINI által diagnosztizált pszichiátriai zavarok | <i>N</i> | %    |
|---|----------|------|
| A. Major depresszív epizód                              | 65       | 48,5 |
| B. Öngyilkos magatartás                                 |          |      |
| Gondolat  | 78       | 58,2 |
| Viselkedés  | 48       | 35,8 |
| C. Disztímiás zavar                                     | 26       | 19,4 |
| D. Hipo/mániás epizód                                   | 60       | 44,4 |
| E. Pánik zavar  | 19       | 14,2 |
| F Agorafóbia  | 20       | 14,9 |

<sup>5</sup> Jelen fejezet a Balázs és munkatársai (2018b) közlemény fordított és helyenként átdolgozott változata.



16. táblázat folytatása. A vizsgálati csoportban (n=134) a Gyermek MINI által diagnosztizált pszichiátriai zavarok előfordulási gyakorisága.

| Gyermek MINI által diagnosztizált pszichiátriai zavarok | <i>N</i> | %    |
|---|----------|------|
| G. Szeparációs szorongásos zavar                        | 23       | 17,2 |
| H. Szociális fóbia                                      | 30       | 22,4 |
| I. Specifikus fóbia                                     | 5        | 3,7  |
| J. Kényszeres zavar                                     | 11       | 8,2  |
| K. Poszttraumás stressz zavar                           | 4        | 3,0  |
| L. Alkohol abúzus/dependencia                           | 6        | 4,5  |
| M. Pszichoaktív szer abúzus / dependencia               | 13       | 9,7  |
| N. Tik zavarok  | 2        | 2,0  |
| O. Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar                 | 39       | 29,1 |
| P. Viselkedési zavar                                    | 14       | 10,4 |
| Q. Oppozíciós zavar                                     | 34       | 25,4 |
| R. Pszichotikus zavarok                                 | 0        | 0    |
| S. Anorexia nervosa                                     | 0        | 0    |
| T. Bulimia nervosa                                      | 0        | 0    |
| U. Generalizált szorongásos zavar                       | 42       | 31,3 |
| V. Alkalmazkodási zavar                                 | 9        | 6,7  |
| W. Átható fejlődési zavar                               | 4        | 3,0  |

17. táblázat Leíró adatok és a vizsgálatban szereplő változók reliabilitás-mutatói, valamint interkorrelációi (N=134)  
(Balázs és mtsai, 2018b).

|  | <i>Átlag (SD)</i> | $\alpha$ | Ferdeség | 2.   | 3.    | 4.    | 5.    | 6.    | 7.    |
|--|-------------------|----------|----------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. Gyermek kora                            | 14,48 (1,34)      | —        | —        | 0,11 | -0,02 | -0,20 | -0,22 | 0,10  | 0,19  |
| 2. SDQ Érzelmi tünetek alskála             | 4,60 (2,79)       | 0,78     | 0,07     | —    | 0,33* | 0,29* | 0,24* | 0,76* | 0,65* |
| 3. SDQ Kortárskapcsolati problémák alskála | 3,55 (2,42)       | 0,67     | 0,55     |      | —     | 0,02  | 0,20  | 0,61* | 0,40* |
| 4. SDQ Hiperaktivitás alskála              | 4,74 (2,28)       | 0,61     | 0,20     |      |       | —     | 0,40* | 0,63* | 0,21  |
| 5. SDQ Viselkedési problémák alskála       | 3,27 (1,82)       | 0,49     | 0,39     |      |       |       | —     | 0,63* | 0,29* |
| 6. SDQ Összesített probléma alskála        | 16,17 (6,18)      | 0,77     | 0,04     |      |       |       |       | —     | 0,61* |
| 7. ILK Önbeszámoló                         | 22,44 (5,95)      | 0,76     | 0,10     |      |       |       |       |       | —     |

*SD*: Standard szóródási mutató, *ILK*: Inventar zur Erfassung Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, *SDQ*: Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strength and Difficulties Questionnaire),

\* $p < 0,008$  (=0,05/6 Bonferroni korrekcióval)

### 5.4.2. Leíró adatok. A reliabilitás-vizsgálat eredményei

A leíró adatokat és a vizsgálatban szereplő változók reliabilitás-mutatóit, valamint interkorrelációit a 17. táblázat tartalmazza. Az SDQ Viselkedési problémák skálája kivételével az összes alskála belső konzisztenciája elfogadható, illetve jó volt.

A lányok több érzelmi tünetről számoltak be az SDQ kérdőívben ( $M_{fiúk}=3,65$   $SD_{fiúk}=2,44$  és  $M_{lányok}=5,71$   $SD_{lányok}=2,78$ ,  $t(132)=-4,554$   $p<0,001$ ) és magasabb pontszámot értek el az ILK kérdőívben, ami alacsonyabb életminőségre utal ( $M_{fiúk}=20,82$   $SD_{fiúk}=5,23$  és  $M_{lányok}=24,34$   $SD_{lányok}=2,10$ ,  $t(132)=-3,561$   $p<0,001$ ). Nemi különbséget találtunk az öngyilkos magatartás rizikójánál is, több lánynál ( $N=46$ ; 74,2%), mint fiúnál ( $N=10$ ; 13,9%) állt fenn közepes/magas szintű öngyilkos magatartás rizikó a Gyermek MINI alapján ( $\chi^2(1)=49,802$   $p<0,001$ ).

Azok a serdülők, akiknél közepes/magas szintű öngyilkos magatartás rizikó állt fenn, magasabb pontszámot értek el az SDQ Érzelmi tünetek skálán ( $M_{nem/alacsony}=14,01$   $SD_{nem/alacsony}=1,14$  és  $M_{közepes/magas}=15,13$   $SD_{közepes/magas}=1,33$   $t(132)=5,190$   $p<0,001$ ), és az ILK kérdőívben ( $M_{nem/alacsony}=20,42$   $SD_{nem/alacsony}=4,76$  és  $M_{közepes/magas}=25,78$   $SD_{közepes/magas}=5,16$ ,  $t(102)=-5,42$   $p<0,001$ ), mint azok, akiknél nem/alacsony öngyilkos magatartás rizikó állt fenn.

Az ILK pontszám nagy hatásméretű, szignifikáns, pozitív összefüggést mutatott az SDQ Érzelmi tünetek alskála pontszámával és közepes hatásméretű, szignifikáns pozitív összefüggést mutatott az SDQ Kortárskapcsolati problémák alskála pontszámával (18. táblázat).

18. táblázat. A többszörös regresszió-elemzés eredménye az ILK önbeszámolóval, mint független változóval (N=134) (Balázs és mtsai, 2018b).

|   | <i>b</i>                                     | <i>SE</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|---|--|-----------|----------|----------|
| Konstans                                | 3,124  | 4,672     | 0,505    | 0,505    |
| Nem (0=fü, 1=lány)                      | -0,843                                       | 0,810     | -1,041   | 0,300    |
| Kor                                     | 0,771  | 0,296     | 2,609    | 0,010    |
| SDQ Érzelmi tünetek alskála             | 1,040  | 0,163     | 6,401    | <0,001   |
| SDQ Kortárskapcsolati problémák alskála | 0,498  | 0,167     | 2,982    | 0,003    |
| SDQ Hiperaktivitás alskála              | 0,087  | 0,189     | 0,464    | 0,644    |
| SDQ Viselkedési problémák alskála       | 0,498  | 0,233     | 2,139    | 0,034    |
| Modell                                  | $R^2=0,503$ , $F(6 127)=210,413$ , $p<0,001$ |           |          |          |

Hatás: nem-standardizált regressziós együtthatók. CI: megbízhatósági tartomány (Confidence Interval). SE: nem-standardizált regressziós együtthatók standard hibája. OR: esély hányados (odds ratio). SDQ: Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strength and Difficulties Questionnaire). ILK: Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen.

#### 5.4.3. Az életminőség mediátor szerepe a pszichopatológia és az öngyilkos magatartás rizikója között

A többszörös regresszió elemzés eredménye a 19. táblázatban látható. Az ILK kérdőív pontszáma szignifikáns kapcsolatban állt a nemmel, az SDQ Érzelmi tünetek és Kortárskapcsolati problémák és Viselkedési problémák alskáláinak pontszámával. Továbbá az öngyilkos magatartás rizikójának szintje szignifikáns, pozitív összefüggést mutatott a nemmel, a korral, az SDQ Érzelmi és Viselkedési problémák skálájának pontszámával, valamint a serdülők önkítöltős kérdőíven kapott életminőség pontszámával.

19. táblázat. Logisztikus modell az öngyilkos magatartás Gyermekek MINI szerinti mértékével (0=nem/alacsony, 1= közepes/magas), mint függő változóval (N=134) (Balázs és mtsai, 2018b).

|   | <i>b</i>   | <i>SE</i> | <i>z</i> | <i>P</i> |
|---|--|-----------|----------|----------|
| 1. lépés                                |  |           |          |          |
| Konstans                                | -26,164  | 5,514     | -4,745   | <0,001   |
| Nem (0=fíú, 1=lány)                     | -4,153   | 0,828     | 5,014    | <0,001   |
| Kor                                     | 1,180  | 0,293     | 4,022    | <0,001   |
| SDQ Érzelmi tünetek alskála             | 0,305  | 0,125     | 2,450    | 0,014    |
| SDQ Kortárskapcsolati problémák alskála | 0,505  | 0,163     | 3,099    | 0,002    |
| SDQ Hiperaktivitás alskála              | -0,013   | 0,154     | -0,082   | 0,935    |
| SDQ Viselkedési problémák alskála       | -0,237   | 0,174     | -1,363   | 0,173    |
| Modell                                  | $\chi^2(6)=103,786$ $p<0,001$ ; Cox & Snell $R^2=0,539$ ; Nagelkerke $R^2=0,725$   |           |          |          |
| 2. lépés                                |  |           |          |          |
| Konstans                                | -61,724  | 19,542    | -3,159   | 0,002    |
| Nem (0=fíú, 1=lány)                     | -9,954   | 2,992     | -3,329   | 0,001    |
| Kor                                     | 2,417  | 0,808     | 2,993    | 0,003    |
| SDQ Érzelmi tünetek alskála             | -0,847   | 0,372     | -2,277   | 0,023    |
| SDQ Kortárskapcsolati problémák alskála | 0,130  | 0,299     | 0,432    | 0,666    |
| SDQ Hiperaktivitás alskála              | -0,477   | 0,288     | -1,655   | 0,098    |
| SDQ Viselkedési problémák alskála       | -1,431   | 0,545     | -2,624   | 0,009    |
| ILK Önbeszámoló összpontszám            | 1,773  | 0,571     | 3,103    | 0,002    |
| Modell                                  | $\chi^2(7)=160,361$ $p<0,001$ ; Cox and Snell $R^2=0,693$ ; Nagelkerke $R^2=0,932$ |           |          |          |

*b*: nem-standardizált regressziós együtthatók. CI: megbízhatósági tartomány (Confidence Interval). SE: nem-standardizált regressziós együtthatók standard hibája. OR: esély hányados (odds ratio). SDQ: Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strength and Difficulties Questionnaire). ILK: Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. Gyermekek MINI: Gyermekek Mini International Neuropsychiatric Interview.

Az ILK önbeszámolón elért pontszáma szignifikánsan mediálta az SDQ Érzelmi tünetek alskála és az öngyilkos magatartás közötti kapcsolatot ( $=1,846$ ; 95%BCa CI:  $0,731 — 2,577$ ), valamint az SDQ Kortárskapcsolati problémák alskála és az öngyilkos magatartás közötti kapcsolatot ( $=,883$ ; 95% BCa CI:  $0,055 — 1,561$ ): több érzelmi és kortárskapcsolati probléma alacsonyabb életminőséggel járt, ami pedig magasabb öngyilkossági kockázattal állt kapcsolatban. Az ILK önbeszámolón elért pontszáma nem bizonyult sem az öngyilkos magatartás és az SDQ Hiperaktivitás alskála ( $=0,155$ ; 95% BCa CI:  $-0,598 — 0,855$ ), sem az öngyilkos magatartás és az SDQ Viselkedési problémák alskála ( $= 0,884$ ; 95% BCa CI:  $-0,425 — 1,987$ ) közötti mediátor tényezőnek.

## 5.5. A küszöb alatti pszichiátriai zavarok mint öngyilkossági rizikófaktorok<sup>6</sup>

### 5.5.1. Vizsgálati személyek

Ezt az elemzést 11 országban (Anglia, Ausztria, Észtország, Franciaország, Izrael, Magyarország, Németország, Olaszország, Románia, Szlovénia, Spanyolország) gyűjtött adatokon végeztük.

A SEYLE vizsgálatba 12395 fiatalt vontunk be, közülük 5569 (44,9%) volt fiú és 6826 (55,1%) lány. A vizsgálatba bevont 12395 személy átlagéletkora 14,91 (SD=0,90) év volt.

Az összes adat 1,8%-a hiányzott. A hiányzó adatok aránya az SDQ kérdőív 6. iteménél („Többnyire egyedül vagyok. Általában elvonulok, egyedül játszom.”) volt a legnagyobb (10,8%), míg az összes többi változó esetében ez kevesebb volt, mint 5%. Szignifikáns különbséget mutattak kor ( $t(12310)=-48,356$ ,  $p<0,001$ , Cohen-féle  $d=1,384$ ) és nem ( $\chi^2(1)=755,363$ ,  $p<0,001$ ,  $\phi=-0,248$ ) tekintetében azok, akiknél teljes, illetve hiányos volt az adatbázis, mégpedig akiknél hiányos adatok voltak, azok idősebbek voltak, és magasabb volt közöttük a fiúk előfordulási aránya.

---

<sup>6</sup> Jelen fejezet a Balázs és munkatársai (2013a) közlemény fordított és helyenként átdolgozott változata.

### 5.5.2. Szorongás, depresszió

A SEYLE vizsgálatba bevont 12395 fiatalból a BDI-II alapján 7476-nál (60,3%) nem állt fenn depresszió, míg 3618 (29,2%) fiatalnál küszöb alatti depressziót, továbbá 1301 (10,5%) fiatalnál klinikai szintű depressziót mértünk fel.

Bár a varianciaanalízis szignifikáns eltérést eredményezett a három csoportban az életkor tekintetében ( $F(2)=28,321$ ,  $p<0,001$ ), a hatáserősség azonban  $\eta^2=0,005$  volt, ami kisebb, mint ami Cohen (1988) konvenciója szerint kis hatáserősségnek számít ( $\eta^2=0,01$ ).

A nem tekintetében szignifikáns, kis hatáserősségű különbséget találtunk a nem-depressziós, a küszöb alatti depressziós és a klinikai szintű depressziós csoportok között ( $\chi^2(2)=254,956$ ,  $p<0,001$ , Cramer-féle  $V=0,143$ ), mégpedig a lányok gyakrabban tartoztak a küszöb alatti depressziós ( $p<0,001$ ,  $\phi=0,106$ ) és a depressziós csoportokba ( $p<0,001$ ,  $\phi=0,143$ ) (20. táblázat).

A vizsgálatba bevont 12395 fiatalból a SAS alapján 7708-nál (62,2%) nem állt fenn szorongás, míg 3964 (32,0%) fiatalnál küszöb alatti szorongást és 723 (5,8%) fiatalnál klinikai szintű szorongást találtunk.

A három szorongás szint szerinti csoport között a kornak szignifikáns ( $F(2)=44,846$ ,  $p<0,001$ ), azonban a Cohen (1988) konvenció szerint ismét a kis hatáserősséget nem elérő ( $\eta^2=0,007$ ) hatását találtuk.

A nem tekintetében szignifikáns, kis hatásméretű különbséget találtunk a három különböző szorongási szintű csoport között ( $\chi^2(2)=290,362$ ,  $p<0,001$ , Cramer-féle  $V=0,154$ ), mégpedig a lányok aránya nagyobb volt a küszöb alatti szorongó ( $p<0,001$ ,  $\phi=0,115$ ) és a klinikai szintű szorongó csoportokban ( $p<0,001$ ,  $\phi=0,147$ ), mint a nem szorongó csoportban (20. táblázat).

20. táblázat. Nemi megoszlás a nem-szorongó/nem-depressziós, a küszöb alatti szorongó/depressziós és a szorongó/depressziós csoportok között (N=12395) (Balázs és mtsai, 2013a).

|                                      | Szorongás szintje |          | Depresszió szintje |          |
|--------------------------------------|-------------------|----------|--------------------|----------|
|                                      | Fiúk %            | Lányok % | Fiúk %             | Lányok % |
| Nem-szorongó/nem-depressziós         | 50,35             | 49,65    | 50,35              | 49,65    |
| Küszöb alatti szorongó/depressziós   | 38,24             | 61,76    | 38,24              | 61,76    |
| Klinikai szintű szorongó/depressziós | 24,07             | 75,93    | 24,07              | 75,93    |

21. táblázat. A szorongás és a depresszió szintjeinek megoszlása (N=12395) (Balázs és mtsai, 2013a).

|                    |                               | Szorongás szintje |                          |                            | Teljes |
|--------------------|-------------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------------|--------|
|                    |                               | Nem-szorongó %    | Küszöb alatti szorongó % | Klinikai szintű szorongó % |        |
| Depresszió szintje | Nem-depressziós %             | 46,32             | 13,39                    | 0,60                       | 60,31  |
|                    | Küszöb alatti depressziós %   | 14,75             | 12,98                    | 1,46                       | 29,19  |
|                    | Klinikai szintű depressziós % | 1,11              | 5,61                     | 3,77                       | 10,50  |
| Teljes             |                               | 62,18             | 31,98                    | 5,83                       | 100,00 |

$\chi^2(4)=3807,565$   $p<0,001$ ;  $\gamma=0,682$



Erős kapcsolatot találtunk a SAS és a BDI-II pontszámok között (lányoknál:  $r=0,503$ ; fiúknál:  $0,656$ ). Az erős kapcsolat a szorongás és a depresszió szintjei között a kategorikus elemzésben is igazolódott ( $\chi^2(4)=3807,565$ ,  $p<0,001$ ,  $\gamma=0,682$ ) (21. táblázat).

### 5.5.3. Pszichopatológia

Az SDQ Összesített probléma alskála pontszáma erősen korrelált mind a SAS (fiúknál:  $r=0,513$ ,  $p<0,001$  és lányoknál:  $r=0,619$ ,  $p<0,001$ ), mind a BDI-II (fiúknál:  $r=0,542$ ,  $p<0,001$  és lányoknál:  $r=0,654$ ,  $p<0,001$ ) pontszámmal.

Miután az elemzést korrigáltunk a szorongás, illetve a depresszió szintjére, a kapcsolat mind az SDQ Összesített probléma alskála pontszáma és a SAS pontszám (fiúknál:  $r=0,287$ ,  $p=0,004$  és lányoknál:  $r=0,302$ ,  $p<0,001$ ), mind az SDQ Összesített probléma alskála pontszáma és a BDI-II pontszám (fiúknál:  $r=0,346$ ,  $p<0,001$  és lányoknál:  $r=0,396$ ,  $p<0,001$ ) között csökkent, de közepes hatásmérettel szignifikáns maradt.

A 22. táblázatban látható az SDQ Összesített probléma alskála határeseti és rendellenes övezetbe eső pontszámainak az előfordulási gyakorisága a teljes mintán, valamint a nem-szorongó/nem-depressziós, a küszöb alatti szorongó/depressziós és a klinikai szintű szorongó/depressziós csoportokban.

Amikor a modellben kovariánsként szerepelt az életkor és a BDI-II pontszám, az SDQ Összesített probléma alskála pontszám átlaga szignifikánsan különbözött a nem-szorongó, a küszöb alatti szorongó és a klinikai szintű szorongó csoportokban mind fiúk ( $F(2)=136,154$ ,  $p<0,001$ ,  $\eta^2=0,047$ ), mind lányok ( $F(2)=213,552$ ,  $p<0,001$ ,  $\eta^2=0,059$ ) esetében. Minden páros összehasonlításban szignifikáns eredményt kaptunk ( $p<0,001$ ), ami azt jelenti, hogy az SDQ Összesített probléma alskála pontszám átlaga a küszöb alatti szorongással jellemezhető fiatalok csoportjában magasabb volt, mint a nem-szorongó fiatalok csoportjában (fiúknál: Cohen  $d=0,920$  és lányoknál: Cohen  $d=0,994$ ), de alacsonyabb volt, mint a klinikai szintű szorongó fiatalok csoportjában (fiúknál: Cohen  $d=0,839$  és lányoknál: Cohen  $d=1,102$ ).

22. táblázat. Az SDQ Összesített probléma alskála határeseti és rendellenes övezetbe eső pontszámainak az előfordulási gyakorisága a teljes mintán, valamint a nem-szorongó/nem-depressziós, a küszöb alatti szorongó/depressziós és a klinikai szintű szorongó/depressziós csoportokban (N=12395) (Balázs és mtsai, 2013a).

| SDQ                                   | Teljes minta | Szorongás szintje |                        |              | Depresszió szintje |                           |                             |
|---------------------------------------|--------------|-------------------|------------------------|--------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------|
|                                       |              | Nem-szorongó      | Küszöb alatti szorongó | Szorongó     | Nem-depressziós    | Küszöb alatti depressziós | Klinikai szintű depressziós |
| Összesített probléma alskála          |              |                   |                        |              |                    |                           |                             |
| Határeset %                           | 11,7         | 5,1               | 20,6                   | 33,3         | 5,5                | 16,6                      | 33,4                        |
| Rendellenes %                         | 5,7          | 1,5               | 8,6                    | 34,9         | 1,5                | 5,5                       | 30,0                        |
| Átlag (SD)                            | 10,74 (5,10) | 8,89 (4,22)       | 13,07 (1,80)           | 17,77 (4,76) | 8,97 (4,30)        | 12,45 (4,46)              | 17,07 (4,57)                |
| Hatás alskála                         |              |                   |                        |              |                    |                           |                             |
| Határeset %                           | 4,2          | 4,8               | 3,0                    | 1,1          | 5,1                | 3,6                       | 1,4                         |
| Rendellenes %                         | 37,2         | 23,9              | 55,3                   | 83,6         | 23,7               | 49,1                      | 82,0                        |
| Medián (Interkvartilis félterjedelem) | 0 (0—3)      | 0 (0—1)           | 2 (0—5)                | 6 (3—10)     | 0 (0—1)            | 1 (0—4)                   | 6 (3—10)                    |

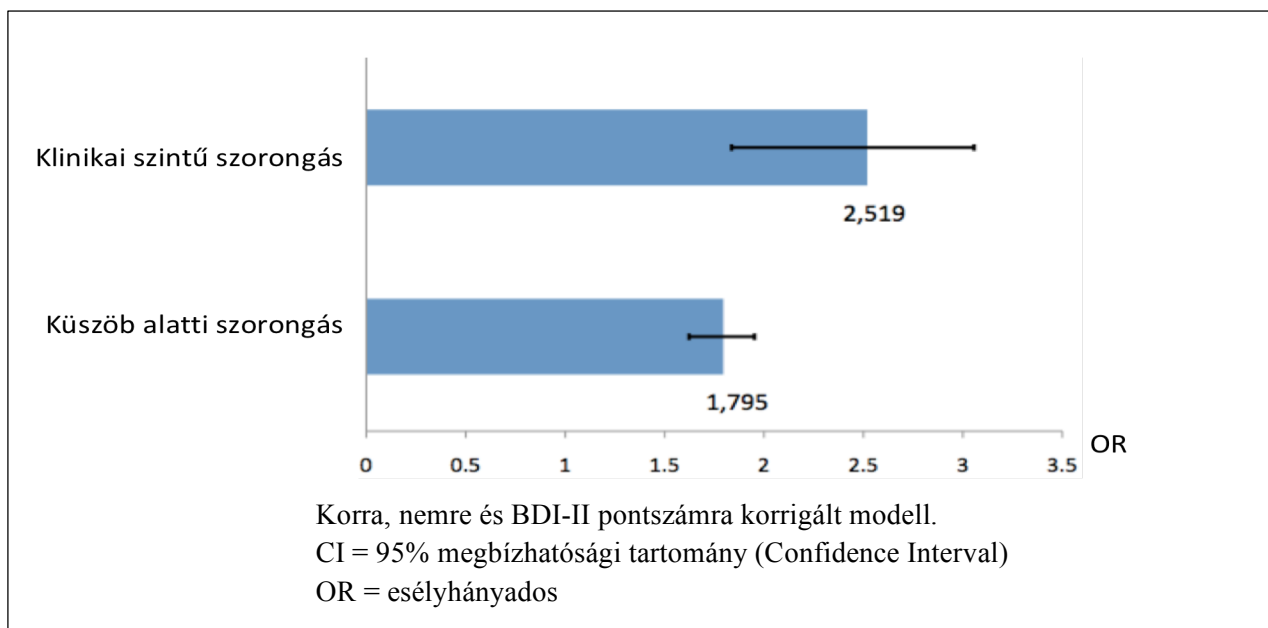
SDQ: Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strengths and Difficulties Questionnaire). SD: standard szóródási mutató.

Mindkét nem esetében a depresszió szintje szerinti csoportokban (nem-depressziós, küszöb alatti depressziós és depressziós) szignifikánsan különbözött az SDQ Összesített probléma alskála pontszáma (fiúknál:  $F(2)=190,553$ ,  $p<0,001$ ,  $\eta^2=0,064$  és lányoknál:  $F(2)=292,788$ ,  $p<0,001$ ,  $\eta^2=0,079$ ). A küszöb alatti depresszióval jellemezhető fiatalok csoportjában az SDQ Összesített probléma alskála pontszáma szignifikánsan magasabb volt, mint a nem-depressziós fiatalok csoportjában (fiúknál:  $p<0,001$ , Cohen  $d=0,632$  és lányoknál:  $p<0,001$ , Cohen  $d=0,776$ ), de szignifikánsan alacsonyabb, mint a klinikai szintű depressziós fiatalok csoportjában (fiúknál:  $p<0,001$ , Cohen  $d=1,126$  és lányoknál:  $p<0,001$ , Cohen  $d=1,171$ ).

#### 5.5.4. Funkciókárosodás

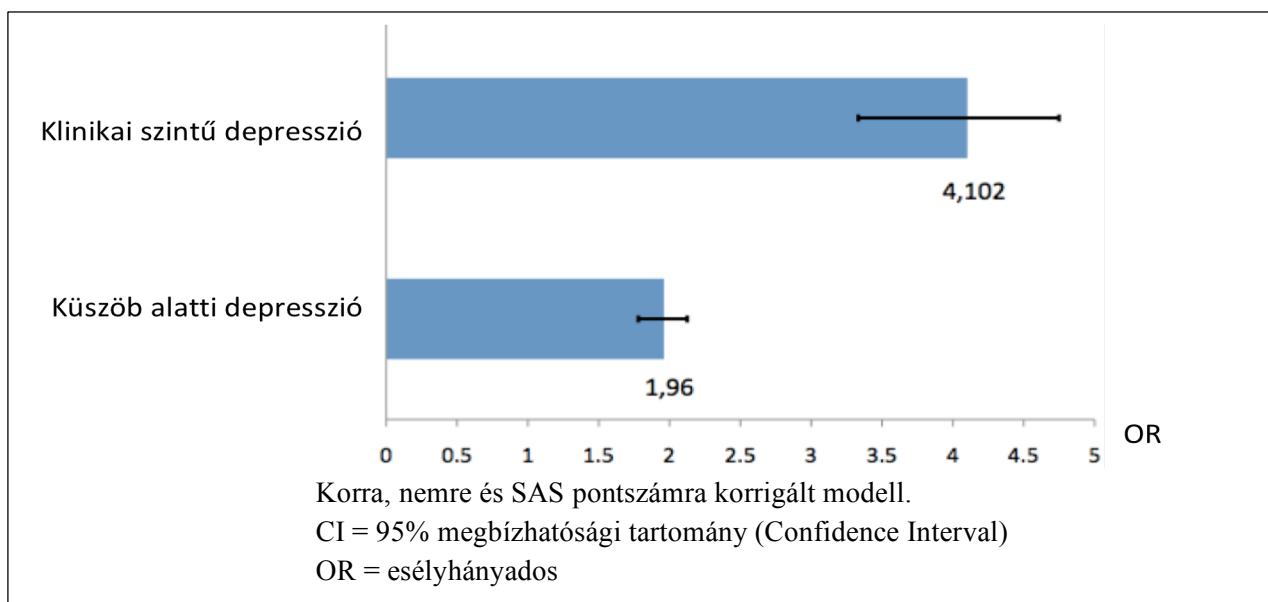
A logisztikus regresszió elemzés eredménye szerint a kornak szignifikáns hatása volt a dummy változóként kódolt SDQ Hatás alskála értékére (0 vagy nagyobb) ( $OR=1,219$ ; 95%  $CI=1,171—1,269$ ), ez azt jelenti, hogy a kor minden egyes évvel való növekedése 21,9%-kal növeli a valószínűségét a funkciókárosodásnak. A nemnek szintén szignifikáns hatása volt az SDQ Hatás alskála értékére ( $OR=0,726$ ; 95%  $CI=0,675—0,780$ ), ami azt jelenti, hogy a fiúknál kisebb az esélye a funkciókárosodásnak, mint a lányoknál.

Az 8. ábra bemutatja a küszöb alatti szorongás és a szorongás mellett a funkciókárosodás esélyét, ahhoz képest, amikor nem áll fenn szorongás; logisztikus regressziós modellben vizsgálva, korra, nemre és BDI-II pontszámra korrigálva ( $\chi^2(5)=2845,482$ ,  $p<0,001$ , Nagelkerke- $R^2=0,276$ ,  $AUC=0,773$ , 95%  $CI=0,776—0,780$ ).



8. ábra. Küszöb alatti szorongás és klinikai szintű szorongás mellett a funkciókárosodás esélye ahhoz képest, amikor nem áll fenn szorongás.

Egy következő logisztikus regressziós modellben vizsgálva, korra, nemre és SAS pontszámra korrigálva, a 9. ábra bemutatja a küszöb alatti depresszió és a klinikai szintű depresszió mellett a funkciókárosodás esélyét, ahhoz képest, mint amikor nem áll fenn depresszió ( $\chi^2(5)=2589,091$ ,  $p<0,001$ , Nagelkerke- $R^2=0,254$ ,  $AUC=0,756$ , 95%  $CI=0,749-0,764$ ).



9. ábra. A küszöb alatti depresszió és a klinikai szintű depresszió mellett a funkciókárosodás esélye ahhoz képest, amikor nem áll fenn depresszió.

23. táblázat. A PSS egyes tételeiben pozitív választ adók előfordulási gyakorisága a teljes mintán, valamint a nem-szorongó/nem-depressziós, a küszöb alatti szorongó/depressziós és a klinikai szintű szorongó/depressziós csoportokban (N=12395) (Balázs és mtsai, 2013a).

| PSS  | Teljes minta | Szorongás szintje |                        |                          | Depresszió szintje |                           |                             |
|--|--------------|-------------------|------------------------|--------------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------|
|  |              | Nem-szorongó      | Küszöb alatti szorongó | Klinikai szintű szorongó | Nem-depressziós    | Küszöb alatti depressziós | Klinikai szintű depressziós |
| Olyan érzése volt az elmúlt két hétben, hogy nem érdemes élni %    | 27,00        | 14,78             | 41,95                  | 75,29                    | 12,46              | 38,93                     | 77,35                       |
| Azt kívánta az elmúlt két hétben, hogy bárcsak ne élne %           | 18,52        | 8,21              | 30,00                  | 65,61                    | 6,99               | 25,08                     | 66,52                       |
| Az elmúlt két hétben arra gondolt, hogy véget vessen az életének % | 16,79        | 7,86              | 26,74                  | 57,50                    | 6,74               | 21,76                     | 60,70                       |
| PSS Medián<br>(Interkvartilis félterjedelem)                       | 0<br>(0-1)   | 0<br>(0-0)        | 1<br>(0-3)             | 4<br>(1-10)              | 0<br>(0-0)         | 0<br>(0-2)                | 4<br>(2-9)                  |

PSS: Paykel Öngyilkosság Kérdőív (Paykel Suicide Scale)

### 5.5.5. Öngyilkos magatartás

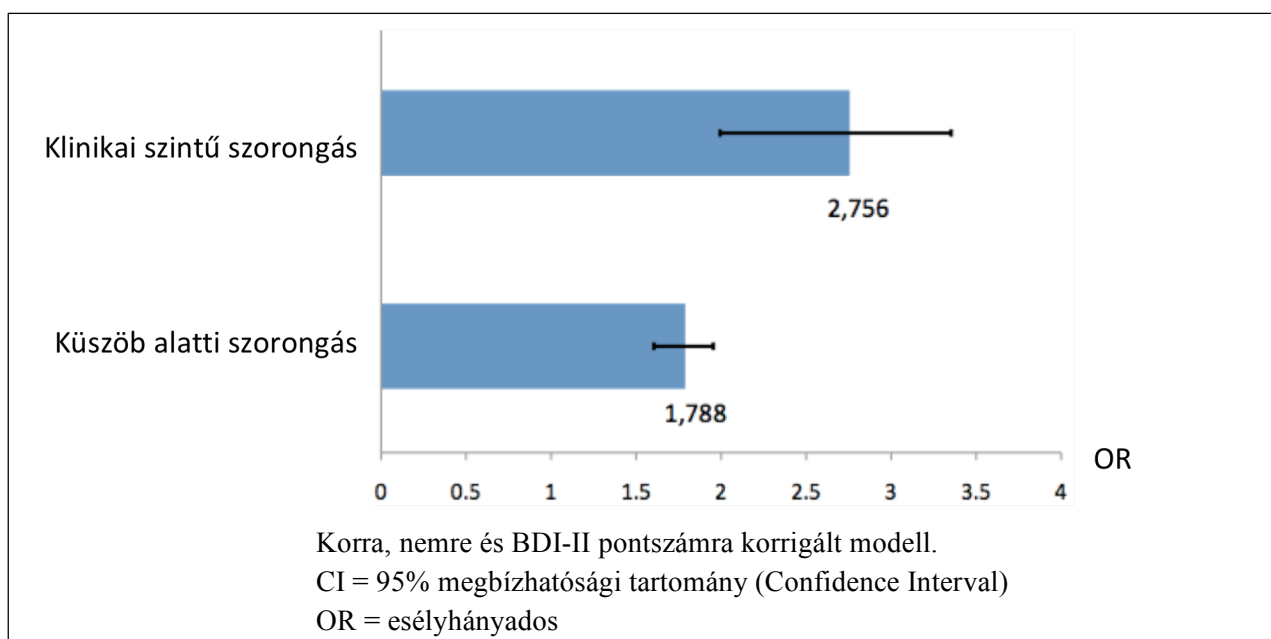
A 23. táblázatban látható a PSS egyes tételeiben pozitív választ adók előfordulási gyakorisága a teljes mintán, valamint a nem-szorongó/nem-depressziós, a küszöb alatti szorongó/depressziós és a klinikai szintű szorongó/depressziós csoportokban.

A logisztikus regresszió elemzés eredménye szerint a kornak szignifikáns hatása volt az dummy változóként kódolt PSS összpontszámra (0 vagy nagyobb) ( $OR=1,174$ ; 95%  $CI=1,126—1,225$ ), ez azt jelenti, hogy a kor minden egyes évvel való növekedése 17,4%-kal növeli az öngyilkos magatartás esélyét. A nemnek szintén szignifikáns hatása volt az öngyilkos magatartásra ( $OR=0,546$ ; 95%  $CI=0,506-0,590$ ), ami azt jelenti, hogy a fiúknál kisebb az esélye az öngyilkos magatartásnak, mint a lányoknál.

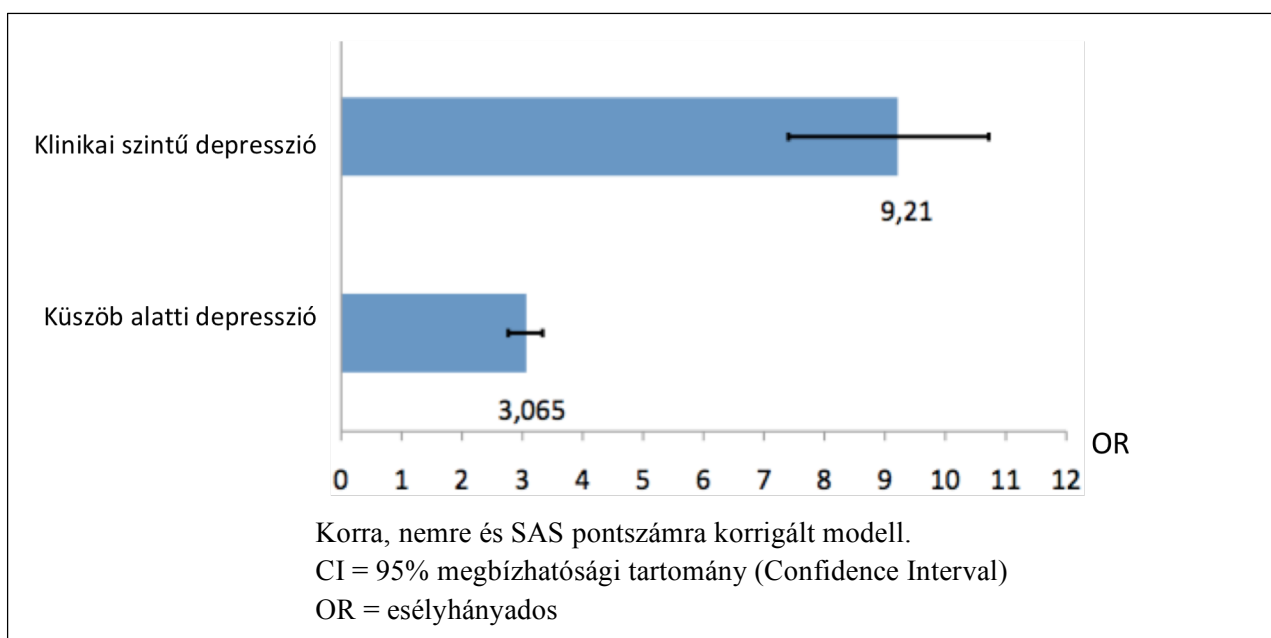
Amikor korra, nemre és BDI-II pontszámra korrigáltuk az elemzést, akkor a küszöb alatti szorongó fiataloknak 1,788-szor ( $OR=1,788$ ; 95%  $CI=1,622-1,971$ ) nagyobb esélye volt, hogy öngyilkos magatartást mutassanak, mint a nem-szorongó fiataloknak. Továbbá, a klinikai szintű szorongó fiataloknak 2,756-szor ( $OR=2,756$ ; 95%  $CI=2,159-3,518$ ) nagyobb esélye volt arra, hogy öngyilkos magatartásról számoljanak be, mint a nem-szorongó fiataloknak ( $\chi^2(5)=3739,359$ ,  $p<0,001$ , Nagelkerke- $R^2=0,361$ ,  $AUC=0,812$ , 95%  $CI=0,805-0,819$ ).

A logisztikus regresszió elemzés eredménye szerint, korra, nemre és BDI-II pontszámra korrigálva, a 10. ábra bemutatja a küszöb alatti szorongás és a szorongás mellett annak esélyét, hogy öngyilkos magatartás álljon fenn, ahhoz képest, mint amikor nem áll fenn szorongás ( $\chi^2(5)=3739,359$ ,  $p<0,001$ , Nagelkerke- $R^2=0,361$ ,  $AUC=0,812$ , 95%  $CI=0,805-0,819$ ).

Logisztikus regressziós modellben vizsgálva, korra, nemre és SAS pontszámra korrigálva, az 11. ábra bemutatja a küszöb alatti depresszió és a klinikai szintű depresszió mellett annak esélyét, hogy öngyilkos magatartás álljon fenn, ahhoz képest, mint amikor nem áll fenn depresszió ( $\chi^2(5)=3492,978$ ,  $p<0,001$ , Nagelkerke- $R^2=0,340$ ,  $AUC=0,800$ , 95%  $CI=0,793—0,807$ ).



10. ábra. Küszöb alatti szorongás és klinikai szintű szorongás mellett az öngyilkos magatartás esélye ahhoz képest, amikor nem áll fenn szorongás.



11. ábra. Küszöb alatti depresszió és klinikai szintű depresszió mellett az öngyilkos magatartás esélye ahhoz képest, amikor nem áll fenn depresszió.

## 5.6. Hatékony fiatalkori öngyilkosság prevenciós program kidolgozása <sup>7</sup>

### 5.6.1. Vizsgálati személyek

Ezt a vizsgálatot a SEYLE kutatás 10 Európai Unió országban (Anglia, Ausztria, Észtország, Franciaország, Magyarország, Németország, Olaszország, Románia, Szlovénia, Spanyolország) gyűjtött adataiból végeztük. Összesen 27099 diákot kerestünk meg, közülük 14267 nem került be a vizsgálatba, mert vagy a szülő, vagy a gyermek nem egyezett bele a vizsgálatban való részvételbe és 1722 diák hiányzott az Alapfelmérés kérdőív felvételének a napján. Így összesen 11110 diákot vontunk be a vizsgálatba, átlagéletkor: 14,8 év ( $SD=0,8$ ) volt, a vizsgálatba bevontak 59%-a lány volt. Az 11110 diákból 9798 (88%) diákot mértünk fel a 3 hónapos utánkövetésnél és 8972 (81%) diákot a 12 hónapos utánkövetésnél és egyik utánkövetésnél sem mértünk fel 622 (5,6%) diákot, mert hiányoztak az utánkövetéskor. A randomizálás után a vizsgálat QPR csoportjában 2692 diák (átlagéletkor: 14,80 év ( $SD=0,82$ ), lány: 1675 (63%)), a YAM csoportban 2721 diák (átlagéletkor: 14,80 év ( $SD=0,85$ ), lány: 1637 (60%)), a Profscreen csoportban 2764 diák (átlagéletkor: 14,81 év ( $SD=0,80$ ), lány: 1607 (58%)) és a kontroll csoportban 2933 diák (átlagéletkor: 14,78 év ( $SD=0,89$ ), lány: 1647 (56%)) volt. A feldolgozásból kizártunk a QPR csoportból 221 diákot, a YAM csoportból 199 diákot, a Profscreen csoportból 306 diákot, míg a kontroll csoportból 231 diákot, mert az Alapfelmérés kérdőívben azt jelezték, hogy a felmérést megelőző két hétben volt öngyilkossági kísérletük, vagy súlyos öngyilkossági gondolatuk, vagy a feldolgozás szempontjából lényeges adataik hiányoztak. További 23 diákot kizártunk a feldolgozásból a QPR csoportból, 22 diákot a YAM csoportból, 28 diákot a Profscreen csoportból és 24 diákot a kontroll csoportból, mert az alapfelmérést követően pszichiátriai ellátásba irányítottuk őket.

---

<sup>7</sup> Jelen fejezet a Wasserman és munkatársai (2015) közlemény fordított és helyenként átdolgozott változata.



### 5.6.2. Intervenciók hatása

Az SDQ Összesített probléma pontszám átlaga a QPR csoportban 10,47 (SD=4,96), a YAM csoportban 10,83 (SD=4,96), a ProfScreen csoportban 10,70 (SD=5,11) és a kontroll csoportban 10,14 (SD=4,95) volt. A csoportok közötti SDQ Összesített probléma pontszám átlagok különbsége kisebb, mint 1 pont minden esetben és mivel az összpontszám 0 és 40 közé eshet és a határérték 3 pont (Goodman, 1997), így a csoportok közötti különbség pszichopatológia tekintetében nem tekinthető klinikailag szignifikánsnak az alapfelméréskor.

A 3 hónapos utánkövetésnél 9724 diák válaszolta meg a mindkét kimeneteli változóra vonatkozó kérdést, közülük 333 (3,4%) diák számolt be vagy öngyilkossági kísérletről vagy öngyilkossági gondolatról, míg 85 (0,9%) diák mindkettőről. A 12 hónapos utánkövetésnél 8885 diák válaszolta meg a mindkét kimeneteli változóra vonatkozó kérdést, közülük 261 (2,9%) diák számolt be vagy öngyilkossági kísérletről vagy öngyilkossági gondolatról, míg 55 (0,6%) diák mindkettőről.

Egyik intervenciós csoportoknak (QPR, YAM, ProfScreen) sem volt szignifikáns hatása az öngyilkossági kísérletek incidenciájára a kontroll csoporttal összehasonlítva a 3 hónapos utánkövetésnél, míg a 12 hónapos utánkövetésnél a YAM csoportnak szignifikáns hatása volt az öngyilkossági kísérletek incidenciájára a kontroll csoporttal összehasonlítva (OR=0,45, 95% CI=0,24–0,85; p=0,014) (24. táblázat).

Egyik intervenciós csoportoknak (QPR, YAM, ProfScreen) sem volt szignifikáns hatása a súlyos öngyilkossági gondolatok incidenciájára a kontroll csoporttal összehasonlítva a 3 hónapos utánkövetésnél, míg a 12 hónapos utánkövetésnél a YAM csoportnak szignifikáns hatása volt a súlyos öngyilkossági gondolatok incidenciájára a kontroll csoporttal összehasonlítva (OR=0,50, 95% CI=0,27–0,92; p=0,025) (25. táblázat).

Sem a nemnek, sem a kornak nem volt szignifikáns hatása egyik kimeneteli változóra sem (öngyilkossági kísérletnél az interakció nemre: p=0,2658 és korra: p=0,8933, míg súlyos öngyilkossági gondolatoknál az interakció nemre: p=0,1315 és korra: p=0,9324).

24. táblázat. Az öngyilkossági kísérletek incidenciája 3 és 12 hónapos utánkövetésnél (Wasserman és mtsai, 2015).

|            | 3 hónapos utánkövetés |               |                     |         | 12 hónapos utánkövetés |               |                      |         |
|------------|-----------------------|---------------|---------------------|---------|------------------------|---------------|----------------------|---------|
|            | n                     | Esetek (%)    | OR (95% CI)         | P érték | n                      | Esetek (%)    | OR (95% CI)          | P érték |
| QPR        | 2209                  | 15<br>(0,68%) | 0,62<br>(0,32-1,18) | 0,147   | 1978                   | 22<br>(1,11%) | 0,70<br>(0,39-1,25)  | 0,229   |
| YAM        | 2166                  | 19<br>(0,88%) | 0,78<br>(0,42-1,44) | 0,422   | 1987                   | 14<br>(0,70%) | 0,45*<br>(0,24-0,85) | 0,014*  |
| ProfScreen | 2203                  | 27<br>(1,23%) | 1,10<br>(0,61-1,97) | 0,752   | 1961                   | 20<br>(1,02%) | 0,65<br>(0,36-1,18)  | 0,158   |
| Kontroll   | 2366                  | 27<br>(1,14%) | Referencia          | -       | 2256                   | 34<br>(1,51%) | Referencia           | -       |

Az OR-t és a 95%-os megbízhatósági tartományt (Confidence Interval) generalizált lineális kevert modellből generáltuk, korrigálva: korra, nemre, SDQ Összesített probléma pontszámra, ha nem abban az országban él, ahol született, ha a szülei elvesztették a munkájukat a előző évben, ha nem él minkét vérszerinti szülővel.

A hiányzó adatokat többszörös imputáció (multiple imputatio) módszerével pótoltuk. OR= esélyhányados (odds ratio).

\*Szigntifikancia szint:  $p < 0,05$ .

25. táblázat A súlyos öngyilkossági gondolatok incidenciája 3 és 12 hónapos utánkövetésnél (Wasserman és mtsai, 2015).

|            | 3 hónapos utánkövetés |               |                     |         | 12 hónapos utánkövetés |               |                      |         |
|------------|-----------------------|---------------|---------------------|---------|------------------------|---------------|----------------------|---------|
|            | n                     | Esetek (%)    | OR (95% CI)         | P érték | n                      | Esetek (%)    | OR (95% CI)          | P érték |
|            | 2210                  | 25<br>(1,13%) | 0,69<br>(0,40-1,19) | 0,182   | 1977                   | 29<br>(1,47%) | 0,95<br>(0,55-1,63)  | 0,856   |
| QPR        | 2172                  | 32<br>(1,47%) | 0,88<br>(0,52-1,48) | 0,629   | 1991                   | 15<br>(0,75%) | 0,50*<br>(0,27-0,92) | 0,025*  |
| YAM        | 2203                  | 27<br>(1,23%) | 0,72<br>(0,42-1,23) | 0,229   | 1962                   | 22<br>(1,12%) | 0,71<br>(0,40-1,25)  | 0,234   |
| ProfScreen | 2365                  | 35<br>(1,48%) | Referencia          | -       | 2261                   | 31<br>(1,37%) | Referencia           | -       |

Az OR-t és a 95%-os megbízhatósági tartományt (Confidence Interval) generalizált lineális kevert modellből generáltuk, korrigálva: korra, nemre, SDQ Összesített probléma pontszámra, ha nem abban az országban él, ahol született, ha a szülei elvesztették a munkájukat a előző évben, ha nem él minkét vérszerinti szülővel.

A hiányzó adatokat többszörös imputáció (multiple imputatio) módszerével pótoltuk.

OR= esélyhányados (odds ratio). \*Szignifikancia szint:  $p < 0,05$ .

Összegezve, az öngyilkossági kísérletet vizsgálva 12 hónapos utánkövetésnél a YAM csoportnak az abszolút rizikója 0,60%-kal csökkent (tehát 1000 diákból 6 diák), a relatív rizikó 54,6%-kal csökkent (tehát 1000 diákból 11 diák kísérelt meg öngyilkosságot a kontroll csoportban, míg 5 diák a YAM csoportban). Tehát 167 azon diákok száma, akiknél szükséges, hogy YAM prevenciós program történjen, annak érdekében, hogy egy öngyilkossági kísérletet megelőzzünk egy évben. A súlyos öngyilkossági gondolatokat nézve 12 hónapos utánkövetésnél a YAM csoportnak az abszolút rizikója 0,50%-kal csökkent (tehát 1000 diákból 5 diák), míg a relatív rizikó 49,6%-kal csökkent. Tehát 200 azon diákok száma, akiknél szükséges, hogy YAM prevenciós program történjen, annak érdekében, hogy egy esetben megelőzzük a súlyos öngyilkossági gondolatokat egy évben.

## 6. DISZKUSSZIÓ

### 6.1. A depressziós kevert epizód mint öngyilkossági rizikófaktor<sup>8</sup>

A bemutatott vizsgálati eredmények a korábbiakkal megegyezően azt támasztják alá, amit a “Bevezető”-ben is leírtam, hogy az öngyilkosságot megkísérlők között több a nő, továbbá, hogy major depressziós zavar és/vagy disztímia az öngyilkosságot megkísérítő személyek közel 90%-nál fennállt az öngyilkossági kísérlet idejében, valamint ezen személyek közel egyharmada (30%-a) bipoláris beteg (Balázs és mtsai, 2003; Busch és mtsai, 2003; Fagiolini és mtsai, 2004; Harris és Barraclough, 1997; Isometsä és mtsai, 1994; Rihmer és Kiss, 2002; Rihmer, 2005; Tondo és mtsai, 1999).

Nemzetközileg is új eredmény a depressziós kevert epizód gyakori előfordulásának igazolása öngyilkossági kísérletet elkövető személyeknél. A major depressziós epizód diagnózisú, illetve disztímiás zavar diagnózisú öngyilkossági kísérletet elkövetők közel háromnegyedénél (71%-ánál) állt fenn egyidejűleg legalább 3 hipomániás tünet is. Amikor külön vizsgáltuk a bipoláris és nem bipoláris major depressziós epizód diagnózisú, továbbá a disztímiás zavar diagnózisú öngyilkossági kísérletet elkövetőket, akkor azt találtuk, hogy a bipoláris diagnózisú betegek 90%-ánál, míg a nem bipoláris betegek 62%-nál állt(ak) fenn “intradepresszív” hipomániás tünet(ek). Ez lényegesen magasabb, mint amit Benazzi és Akiskal (2001) talált nem szuicidális bipoláris és unipoláris major depressziós epizód diagnózisú betegeknél az “intradepresszív” hipomániás tünetek előfordulási gyakoriságát vizsgálva: bipoláris major depressziós epizód diagnózisú betegek 59%-ánál, míg az unipoláris major depressziós epizód diagnózisú betegek 27%-ánál találtak legalább 3 “intradepresszív” hipomániás tünetet. Ebből a leletünkből az következhet, hogy az öngyilkossági kísérletet elkövetők magasabb rányban kerülnek ki a depressziós kevert epizód diagnózisú csoportból, mint a kevert tünetekkel nem jellemzett csoportból. Így eredményünk elsőként támasztotta alá a “másik oldalról” - tehát öngyilkossági kísérletet elkövetetteknél a depressziós kevert epizódot vizsgálva - azokat a korábbi vizsgálatokat (melyek depressziós kevert epizódú betegeknél vizsgálta az öngyilkos magatartást), melyek a depressziós kevert epizód és az öngyilkossági kísérlet gyakori együttjárásáról számoltak be korábban

---

<sup>8</sup> Jelen fejezet a Balázs és munkatársai (2006) közlemény fordított és helyenként átdolgozott változata.

(Benazzi, 2003a; Benazzi, 2005b; Cassano és mtsai, 2004; Maj és mtsai, 2003; Perugi és mtsai, 2001; Sato és mtsai, 2003).

A bipoláris és főként a bipoláris II-es diagnózisú öngyilkossági kísérletet elkövetők közötti igen magas depressziós kevert epizód előfordulási arány magyarázhatja azokat a korábbi megfigyeléseket, melyek szerint a bipoláris II betegeknek különösen magas az öngyilkossági kockázata (Rihmer, 2005).

Vizsgálatunk eredménye alapján a depressziós kevert epizód diagnózisú öngyilkossági kísérletet elkövetők között több a nő, gyakoribb a bipoláris (főleg bipoláris II) zavar, magasabb a komorbid szorongásos zavarok és a szerfüggőség előfordulási gyakorisága, mint a depressziós nem-kevert epizód diagnózisú öngyilkossági kísérletet elkövetők között. Ezek az eredmények egybehangzóak olyan korábbi vizsgálatokkal, amelyek a depressziós kevert epizód előfordulási gyakoriságát vizsgálták olyan betegeknél, akiknek az anamnézisében nem szerepelt öngyilkossági kísérlet (Benazzi, 2005a; Perugi és mtsai, 2001). Továbbá, már egy a vizsgálatunk után megjelent áttekintő tanulmány, mely a DSM-5-ben szereplő kevert állapotok relevanciáját tekinti át, pont a depressziós zavar kevert jegyekkel kórkép melletti komorbid szorongásos zavarok és pszichoaktív szerhasználat felismerésének fontosságára hívja fel a figyelmet (Perugi és mtsai, 2014). Szintén vizsgálatunk után, sőt már a DSM-5 kritériumrendszere szerint történt Tondo és munkatársainak (2018) kutatása, melynek eredményei számos ponton egybeesnek vizsgálatunk eredményeivel. Összesen 3099 major affektív zavarú (major depressziós zavar:  $n=1921$ , bipoláris zavar:  $n=1178$ ) beteget hasonlítottak össze aszerint, hogy „Kevert jegyekkel” járt az affektív epizódjuk, vagy nem. A teljes vizsgált populáció több mint ötödénél (21,9%) felállítható volt a „Kevert jegyekkel” diagnózis, mégpedig a leggyakoribb a bipoláris II-es betegeknél, majd a bipoláris I-es betegeknél és legritkább pedig az unipoláris depressziós betegeknél volt (Tondo és mtsai, 2018). Azt az eredményt kapták, hogy azoknál a betegeknél, akiknél az affektív epizódjuk „Kevert jegyekkel” járt, magasabb volt az öngyilkossági gondolatok és kísérlet előfordulási gyakorisága, mint akiknél az affektív epizód nem járt „Kevert jegyekkel” (Tondo és mtsai, 2018). Továbbá a „Kevert jegyekkel” járó affektív epizódú betegeknél gyakoribb volt a pszichoaktív szerhasználat, a válás, a munkanélküliség és az első fokú rokonaik között az öngyilkosság és a válás, mint akiknél az affektív epizód nem járt „Kevert jegyekkel” (Tondo és mtsai, 2018). Utóbbiak önmagukban is

öngyilkossági rizikófaktorok lehetnek, így indirekt úton hozzájárulhatnak a „Kevert jegyekkel” járó affektív epizódú betegek fokozott öngyilkossági rizikójához.

Vizsgálatunkban az öngyilkossági kísérletet elkövetők között a leggyakrabban előforduló “intradepresszív” hipomániás tünetek az irritábilis, a szétesettség és a pszichomotoros agitáció voltak. Mindezen eredményeink azt támasztják alá, hogy a depressziós kevert állapot fennállása jelentősen növeli az öngyilkosság rizikóját, különösen, ha a depressziós tünetek mellett irritábilis, szétesettség, illetve pszichomotoros agitáció is fennáll. Ennek az eredményünknek fontos klinikai relevanciája van: a depressziós kevert epizód felismerése és megfelelő kezelése a mindennapi pszichiátriai munkavégzés során igen fontos eleme lehet a szuicid prevenciónak. A major depressziós epizód diagnózisú beteg kivizsgálásánál a pszichiátriai anamnézis körütekintő felvétele (volt-e a betegnek korábban hipo/mániás epizódja, volt-e a családban valakinek hipo/mániás epizódja) mellett a klinikusoknak gondosan fel kell mérniük, hogy a betegnél a vizsgálat időpontjában az „ellentétes” fázisnak egy-két, vagy több tünete jelen van-e. Vizsgálatunk rámutat arra, hogy kevert depressziós állapot esetén a klinikusnak különös figyelemmel kell lennie az öngyilkossági kockázatra.

Eredményeink közlésekor hangsúlyoztuk, hogy ezen tünetegyüttes (tehát depressziós kevert epizód, mégpedig 3 “intradepresszív” hipomániás tünettel) igen gyakori előfordulása öngyilkossági kísérletet elkövető személyeknél indokoltá tenné, hogy ez a szindróma megnevezésre kerüljön a klasszifikációs rendszerekben, hogy ezzel is a klinikusok figyelmébe kerüljön (Balázs és mtsai, 2006). A vizsgálatunk eredményeinek közlése után megjelent DSM-5-be bekerült a „Depressziós zavar kevert jegyekkel” kórkép diagnózisa, ami ezt a tünetegyüttest fedi le, és kritérium pont 3 intradepresszív hipomán tünet megléte. Azonban, mint ahogy korábban leírtam, a DSM-5 kizárja a hipomán tünetek közül azt a hármat - az irritábilis, a pszichomotoros agitációt és a szétesettséget - amit mi az öngyilkossági kísérletet elkövető betegeknek a leggyakoribb “intradepresszív” hipomán tünetnek találtunk. Így bár igen fontos előrelépés, hogy a DSM-5 a kevert epizódokat önálló kórképként definiálja, vizsgálatunk azt veti fel, hogy pont a legnagyobb rizikóval járó állapotok diagnosztizálását nem teszi lehetővé. Takeshima és Oka (2015) szintén azt vetik fel, hogy ezen három tünet kizárása túl szűkké tette a DSM-5 „Depressziós zavar kevert jegyekkel” diagnózist. Tondo és

munkatársai (2018) eredményei is azt mutatják, hogy a „Kevert jegyekkel” járó affektív epizódú betegek magasabb pontot értek el az irritabilitás és az agitáció skálán, mint akiknél az affektív epizód nem járt „Kevert jegyekkel”. Mindez további vizsgálatok szükségességét veti fel és esetlegesen a DSM-5 „Depressziós zavar kevert jegyekkel” diagnózisának újragondolását veti fel.

A klinikusok diagnosztikus munkája során hasznos eszközök a strukturált diagnosztikus kérdőívek, - mint pl. a vizsgálatunkban is használatos MINI kérdőív (ami kutatásban és klinikumban is elterjedt) - amelyek a klasszifikációs rendszereknek megfelelő diagnózisok felállítását segítik. Vizsgálatunk során a kevert epizód tünetegyüttesét össze kellett raknom a MINI major depressziós és (hipo)mániás epizód részeiből; rutin felmérésnél a kérdőív ennek a tünetegyüttesnek az egy időben fennállását nem jelezi sem a kutatások során, sem a klinikumban. A strukturált kérdőívek követik a klasszifikációs rendszereket és így a kevert epizód belekerül, de miután az a három tünet nincs a kritériumok között, amit öngyilkossági kísérletet elkövető betegeknél a leggyakoribbnak találtunk kevert epizódnál, így rutin felvételnél továbbra sem derül ki ezen tünetegyüttes fennállása. Miután szuicid prevenció szempontjából kiemelt jelentősége lehet, hogy a klinikusok rutinszerűen szűrjék ezt az kevert epizódot, fontos lenne ezen tünetegyüttest is mérő kérdőív kidolgozása.

Ahogy az értekezésem „Bevezető”-jében is írtam, majd saját eredményeim között is láthattuk, az öngyilkosság egyik legjelentősebb rizikófaktora fiataloknál és felnőtteknél is a major depresszív epizód, aminek pedig súlyos esetben kezelési módja az antidepresszív gyógyszeres terápia. Az Amerikai Egyesült Államokban az Élelmiszer- és Gyógyszerellenőrzési Hatóság (Food and Drug Administration: FDA) 2004-ben fekete doboz figyelmeztetéssel hívta fel a figyelmet arra, hogy az antidepresszív szerek fokozhatják az öngyilkos magatartás előfordulási gyakoriságát minden korosztálynál, és erre különös tekintettel kell lenni gyermekeknél (Food and Drug Administration, 2004). Ezt a figyelmeztetést bevezetése óta újabb vizsgálatok megerősítették – randomizált, kontrollált vizsgálatok metaanalízise (Hammad és mtsai, 2006; Hetrick és mtsai, 2012; Sharma és mtsai, 2016), obszervációs vizsgálat (Barbui és mtsai, 2009), serdülőknél reprezentatív, populációs vizsgálat (Plöderl és Hengartner, 2018). Ezekkel szemben Gibbons és munkatársai (2007) vizsgálatukban az találták, hogy az öngyilkos magatartás kockázatának incidenciája nőtt, miután bevezették az antidepresszív

szereken a fekete doboz figyelmeztetést. Az antidepresszív szerek és az öngyilkos magatartás előfordulási gyakoriságának összefüggését pont azért is nehéz vizsgálni, mert, ahogy írtam, a major depresszív epizód önmagában is gyakran fokozza az öngyilkos magatartás incidenciáját. Bár vizsgálatunk ezzel a kérdéssel nem foglalkozott, de eredményeink alapján felvetődik a gondolat, - több korábbi vizsgálattal egybehangzóan (Akiskal és Benazzi, 2006; Hogg és mtsai, 2016) - hogy esetleg az antidepresszív szerek öngyilkos magatartást fokozó hatása elsősorban a depressziós kevert epizód diagnózisú csoportot érinti, de ennek igazolásához a kérdés megválaszolására alkalmas módszertanú vizsgálat szükséges –, mely kutatócsoportunk tervei között is szerepel.

Ennek a kutatásnak *korlátja*, hogy nem vizsgáltunk igen nagy halálozási eséllyel jellemzett öngyilkossági kísérletet elkövető személyeket. Ennek az egyik oka, hogy a vizsgálatot egy ún. baleseti belgyógyászati osztályon végeztük, ahol az öngyilkossági kísérlet elkövetési módja minden személynél gyógyszer túladagolás vagy mérgezés volt, másik oka pedig, hogy a kérdőívek felvételét a vizsgálati prokoll szerint az öngyilkossági kísérlet elkövetése után 24 órán belül végeztük, így azok a személyek, akiknek az öngyilkossági kísérletük miatti súlyos állapotuk még nem tette lehetővé, hogy részt vegyenek egy strukturált kérdőív felvételében, szintén kimaradtak a vizsgálatunkból. Azonban ismertek más vizsgálatok, pl. Maser és munkatársai (2002), amelyek a kevert állapot és violens öngyilkossági kísérlet közötti kapcsolatról számoltak be. A 14 éves naturalisztikus utánpótlásos vizsgálatukba bevont 539 affektív beteg közül 36-an haltak meg öngyilkosságban ezen időszak alatt és 120-an kíséreltek meg öngyilkosságot. Összehasonlítva azokat az affektív betegeket, akik öngyilkosságban meghaltak, azokkal, akik megkíséreltek öngyilkosságot és akik nem, azt az eredményt kapták, hogy az öngyilkosságot megkísérlők és az öngyilkosságban meghaltak a következőkben hasonlítottak egymáshoz, szemben azzal az affektív beteg csoporttal, akik nem kíséreltek meg öngyilkosságot: korábbi öngyilkossági kísérlet, impulzivitás, pszichoaktív szerhasználat és kevert állapotok fennállása. Tehát a mi, nem violens öngyilkosságot megkísérlő betegeinkhez hasonlóan, Maser és munkatársai (2002) violens betegeknél is a kevert állapotot – egyéb rizikótényezők mellett - az öngyilkosság rizikófaktorának találták.



Ennek a vizsgálatnak az eredményeit közlő közleményünknek (Balázs és mtsai, 2006) az értekezésem írásáig, 2017-ig, 213 hivatkozása született, ebből az elmúlt 5 évben 84 új idézet, ami azt mutatja, hogy kutatásunk után a tudományos élet résztvevői jelentős érdeklődést mutatnak.

*Összefoglalóan* elmondható, hogy ez a vizsgálat egy újabb lépést tett annak a célnak az érdekében, hogy pontosabban meg tudjuk határozni, hogy a major depressziós epizódú betegek közül - akik már eleve egy fokozott öngyilkossági kockázatú betegcsoport tagjai - kiknél áll fenn még nagyobb öngyilkossági rizikó. Bár nagy haladás, hogy a DSM-5 lehetővé teszi a kevert állapot diagnosztizálását, vizsgálatunk alapján felmerül, hogy pont a három leggyakoribb hipomán tünet nem került be a kritériumrendszerbe, ami további vizsgálatokat és a DSM-5 ezen kategóriájának továbbgondolását teszi szükségessé. Vizsgálatunk felhívja a klinikusok figyelmét ezen tünetegyüttes felismerésének, diagnosztizálásának és körültekintő kezelésének a kiemelkedő fontosságára, mely a szuicid prevencióhoz is hozzájárul.

## **6.2. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint öngyilkossági rizikófaktor<sup>9</sup>**

Vizsgálatunk különösen érdekes, mert annak ellenére, hogy jól tudjuk, - mint ahogy a “Bevezető”-ben írtam -, a nem kezelt pszichiátriai zavarok fontos rizikófaktorai az öngyilkosságnak, tudomásom szerint ez az első vizsgálat, ami az öngyilkos magatartás és ADHD tüneteinek (a küszöb alatti állapotnak is) az összefüggését vizsgálta kezelés alatt még nem álló klinikai mintán. Továbbá ez a vizsgálat azon kevés vizsgálat közé tartozik, amelyek 18 éves kor alatt nem csak a serdülőkre, hanem a 12 év alatti gyermekekre is fókuszálnak. Mint ahogy a “Bevezető”-ben részletesen bemutattam, számos korábbi vizsgálat már rámutatott az ADHD és az öngyilkos magatartás közötti asszociációra, de tudomásom szerint ez az első vizsgálat, ami egy vizsgálaton belül összehasonlította ezt a lehetséges együttjárást gyermekek és serdülők körében.

Szintén fontos metodikai erősség ebben a vizsgálatban, hogy míg a korábbi, e témára fókuszáló kutatásokban az ADHD melletti komorbid zavarok felmérésére nagyrészt

---

<sup>9</sup> Jelen fejezet a Balázs és munkatársai (2014) közlemény fordított és helyenként átdolgozott változata.

(fél)strukturált interjúkat használtak – kivéve néhány vizsgálat, pl. Cho és mtsai (2008) –, jelen vizsgálatban egy strukturált interjú módosított változatát használtuk, így lehetőségünk nyílt a komorbid zavarokat a korábbi kategórikus felmérés mellett dimenzionálisan is értékelni.

Rendkívül figyelemfelhívó eredménye a vizsgálatunknak – bár nem a primer vizsgálati célkitűzésre válasz –, hogy az életükben első alkalommal pszichiátriai kivizsgálás alatt álló gyermekek több, mint 10 százalékánál (12,7%), a serdülőknek pedig közel 40 százalékánál (38,9%) a vizsgálat idejében öngyilkos magatartás állt fenn. Ez még úgy is igen fontos eredménye a vizsgálatunknak, ha még azt is figyelembe vesszük, hogy a Gyermek MINI szenzitíven méri az öngyilkossági rizikót (már az is annak számít, ha valaki azt kívánta az elmúlt hónapban, hogy jobb lenne, ha nem élne) (Balázs és mtsai, 2004; Lecrubier és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1998; Sheehan és mtsai, 2010). Szeretném itt megjegyezni, hogy az öngyilkos magatartás kérdésében – tekintve igen komoly kockázatára, esetleges letális kimenetelére – úgy gondolom, hogy nem lehet túl szenzitívnek lenni, csak kellően óvatosnak, körültekintőnek.

Tudva azt, amit az értekezésem “Bevezető”-jében hangsúlyoztam, hogy az öngyilkosságot elkövetők és megkísérlők 90%-nál fennáll - többnyire nem kezelt - pszichiátriai betegség (Gould és mtsai, 2003), és mivel a vizsgálatunkba korábban kezelés alatt nem álló gyermekek és serdülők klinikai csoportját vontuk be, így eredményeink felhívják a szakemberek figyelmét az öngyilkossági rizikó szűrésének fontosságára ADHD-val frissen diagnosztizált, kezelést még nem kapó betegeiknél. Mint ahogy értekezésem „Bevezető”-jében ismertettem, 6 évesnél idősebb, vagy súlyos tüneteket/károsodást mutató, vagy nem-gyógyszeres terápiára nem reagáló gyermekek/felnőttek esetében a gyógyszeres terápia hatékonyabbnak bizonyult, mint a nem-gyógyszeres terápia az ADHD tüneteinek és azok káros következményeinek csökkentésében, a kombinált terápia pedig hatékonyabbnak, mint a gyógyszeres terápia önmagában (Biederman, 2003; Jensen és mtsai, 2001; MTA Cooperative Group, 1999).

Liang és munkatársai (2018), már vizsgálatunk után történt kutatásuk alapján, az ADHD kezelésének öngyilkosság prevenció szempontjából is lényeges szerepét hangsúlyozzák. Azt az eredményt kapták ADHD diagnózisú, kezelést korábban nem kapó, 18 évesnél fiatalabb személy utánkövetéses vizsgálata során, hogy 90 napos methylphenidate kezelést követően az öngyilkos magatartásuk szignifikánsan csökkent

azokhoz az ADHD diagnózisú fiatalokhoz képest, akik nem részesültek methylphenidate kezelésben (és más kezelésben sem) (Liang és mtsai, 2018).

Korábbi adatokhoz hasonlóan (National Institute of Mental Health, 2017), ebben a vizsgálatban is az öngyilkos magatartás rizikója korral nőtt, mind a gyermekek, mind pedig a serdülők csoportjában.

Az eredményeink abban is egybehangzóak a korábbiakkal, hogy az ADHD diagnózisú személyeknek nagyobb a rizikója, hogy komorbid pszichiátriai zavar fennálljon náluk: azt találtuk, hogy a gyermekek csoportjában, tehát 12 év alatt, ha az ADHD-nak több tünete fennállt, akkor a szorongásos-, a hangulati-, és a diszruptív viselkedészavaroknak is több tünete állt fenn; míg serdülőknél a több ADHD tünet szintén együtt járt a gyermekeknél megfigyelt kórképek több tünetével, valamint a tik zavarnak és a pszichoaktív szer abúzus és dependenciának több tünetével.

Tehát azt tudjuk, hogy az ADHD fennállása erős prediktora a pszichiátriai komorbid zavarok kialakulásának, azonban a nem hatására vonatkozóan ellentmondóak az adatok (Biederman és mtsai, 2006; Gittelman és mtsai, 1985). Jelen vizsgálatunk során azt kaptuk, hogy a nemnek nincs hatása az ADHD melletti öngyilkos magatartás kialakulására. Ez ellentmond Nigg (2013) vizsgálatunk előtt megjelenő összefoglaló tanulmányának, aki, mint azt az értekezés “Bevezető” fejezetében ismertettem, azt hangsúlyozta, hogy fontosak a kérdésben a nemi különbségek. Ennek a kérdésnek a további tisztázása szükséges.

Vizsgálatunk mind gyermekek, mind serdülők körében megerősíti, illetve kiegészíti azokat a korábbi kutatásokat, amelyek az ADHD, illetve az ADHD tünetei és az öngyilkos magatartás közötti pozitív kapcsolatot írják le (Biederman és mtsai, 2008; Cho és mtsai, 2008; Chronis-Tuscano és mtsai, 2010; Galéra és mtsai, 2008; Goodman és mtsai, 2008; Lam, 2005; Manor és mtsai, 2010). Továbbá eredményeink azokkal a korábbi vizsgálatokkal is egybehangzóak, amelyek azt mutatták, hogy a komorbid zavarok teljes mértékben mediálnak az ADHD és az öngyilkos magatartás között (Agosti és mtsai, 2011; Cho és mtsai, 2008).

Fontos, korábbi vizsgálatokhoz képest új eredményünk, hogy a komorbid zavarok, melyek az ADHD tünetei és az öngyilkos magatartás között mediálnak, különböznek gyermek- és serdülőkorban. Míg gyermekeknél a szorongásos zavarok, mint szeparációs szorongás, specifikus fóbia és szociális fóbia tünetei bizonyultak

szignifikáns mediátornak az ADHD tünetei és az öngyilkos magatartás között, addig serdülőknél a major depressziós epizód, a disztímia és a pszichoaktív szerhasználat tünetei mediálnak.

A vizsgálatnak számos *limitációját* kell figyelembe vennünk az eredmények értékelésénél. Először is ez egy keresztmetszeti vizsgálat, ami nem teszi lehetővé az ok-okozati viszonyokra következtetést az ADHD tüneteinek fennállása, a komorbid kórképek és az öngyilkos magatartás között. Ezen vizsgálati populációt tervezzük utánkövetni, mely vizsgálat eredményei további fontos adatokkal szolgálhatnak majd a kérdésben. Továbbá, mint írtam, a vizsgálatba egy kezelés alatt még nem álló klinikai mintát vontunk be. Ezért feltételezhetjük, hogy azok a serdülők, akiknek a családja először csak ebben a korban keresett segítséget, azok az ADHD tüneteinek száma és azok funkciórontó hatása szempontjából a spektrum kevésbé súlyos részén helyezkednek el, szemben azokkal, akiknél már gyermekkorban olyan mértékűek voltak a problémák, hogy szakemberhez kellett fordulniuk. Fontos, hogy bár a Gyermek MINI kérdőív a pszichiátriai zavarok igen széles körét felméri, mint írtam a „Módszer” fejezetben, ez a kérdőív 31 pszichiátriai zavar fennállását vizsgálja, mégsem vizsgálja az összeset, pl. nem tér ki a tanulási zavarokra, melyek az ADHD mellett szintén gyakran előfordulnak (Beitchman és Young, 1997; Biederman és mtsai, 1991). További kutatásoknak érdemes lenne ezeket is vizsgálni. A vizsgálat limitációinak sorába tartozik, hogy az ADHD egyes tünetei súlyosságának a vizsgálatára nem használtunk dimenzionális szűrőeszközt. A Gyermek MINI kérdőív módosított változatával az ADHD súlyosságát a tünetszám alapján tudtuk mérni. Érdekes lenne a későbbiekben a kérdés jelen feldolgozási módszertanát, mely már számos szempontból továbblépés a korábbi vizsgálatokhoz képest, kiegészíteni a tünetek súlyosságát felmérő eszközzel.

Kiemelném vizsgálatunk fontos klinikai implikációit. Vizsgálatunk az öngyilkos magatartás magas előfordulási gyakorisága a kezelést még sosem kapó, első alkalommal kivizsgálás alatt álló, ADHD tüneteit mutató gyermekek és serdülők adatai alapján felhívja a klinikusok figyelmét arra, hogy az ADHD tüneteit mutató gyermekeknél és serdülőknél rutinszerűen szűrjék az öngyilkos magatartás esetleges fennállását. Mivel azt az eredményt kaptuk, hogy a komorbid kórképek tünetei teljes mértékben mediálják a fennálló kapcsolatot az ADHD tünetei és az öngyilkos magatartás között, ezért (is) fontos, hogy a klinikusok az ADHD tüneteit mutató

betegeiknél gondosan felmérjék az esetlegesen fennálló komorbid kórképek tüneteit. A klinikusok munkáját tovább segítve, eredményeink alapján javasolt, hogy gyermekek esetén az ADHD-t és komorbid szorongásos tüneteket, míg serdülők esetén az ADHD-t és komorbid major depressziós epizód, disztímia és pszichoaktív szerhasználat tüneteit mutató betegek kiemelt figyelmet kapjanak.

Az ADHD és a komorbid tünetek rutinszerű klinikai szűrésére javasolom a gyermekpszichológiai és pszichiátriai diagnosztikai munka során, PhD munkám utáni időszakban adaptált és ezen és számos további vizsgálatban használt Gyermek MINI kérdőívet, mely - mint leírtam - felméri a főbb pszichiátriai zavarokat, így az ADHD-t és a fentebb leírt komorbid kórképeket, valamint az öngyilkos magatartást, viszonylag rövid idő alatt felvehető és mind gyermek, mind serdülő korosztályban használható.

Mint a “Bevezető”-ben írtam, az ADHD megfelelő kezelése csökkenti a komorbid zavarok kialakulásának esélyét is, így vizsgálatunk az ADHD tüneteinek időben való felismerésének és adekvát kezelésének a fontosságára is felhívja a klinikusok figyelmét, mert a komorbid kórképek kialakulásának megelőzése, mint ezen vizsgálatból is láthattuk, szuicid prevenciót is maga után von (Biederman, 2003; Jensen és mtsai, 2001).

*Összefoglaló* gondolatként szeretném hangsúlyozni, hogy ha vizsgálatunk alapján több szakember elkezd rutinszerűen szűrni ADHD tüneteket mutató betegek között az öngyilkos magatartást, és fokozott figyelemmel van az esetlegesen fennálló komorbid zavarokra és így több betegük kapja meg időben az adekvát kezelést, akkor vizsgálatunkkal egy újabb lépést tettünk a szuicid prevenció érdekében.

### **6.3. A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar mint a nem-szuicidális önsértés rizikófaktora<sup>10</sup>**

Annak ellenére, hogy az utóbbi években - ahogy a “Bevezető”-ben is írtam - az ADHD és az NSSI közötti kapcsolat vizsgálata iránti érdeklődés fokozódott (Allely, 2014; Mészáros és mtsai, 2017a), tudomásunk szerint kutatócsoportunk vizsgálata az első,

---

<sup>10</sup> Jelen fejezet a Balázs és munkatársai (2018a) közlemény fordított és helyenként átdolgozott változata.

ami serdülőkorú lányok és fiúk klinikai mintáján vizsgálja, hogy van-e az ADHD tünetei és az NSSI között direkt kapcsolat, vagy az ADHD melletti komorbid zavarok mediálják a kapcsolatot, és hogy a nemnek van-e hatása erre a kapcsolatra.

Vizsgálatunk központi kérdése nem az NSSI előfordulási gyakoriságának a felmérése volt ADHD diagnózisú serdülők körében, mégis először ezt az adatunkat szeretném kiemelni, ugyanis önkitöltős kérdőívvel történt felmérésünk során azt az eredményt kaptuk, hogy az ADHD diagnózisú gyermekeknek több mint kétharmadánál felállítható a DSM-5 szerinti NSSI diagnózis. A korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan azt az eredményt kaptuk, hogy a nemnek szignifikáns hatása van az NSSI megjelenésére, mégpedig úgy, hogy azoknak a serdülőknek, akiknél ADHD és NSSI is fennállt, több mint kétharmaduk lány volt, illetve másképp nézve, míg az ADHD diagnózisú fiúknak kevesebb mint felénél, addig az ADHD diagnózisú lányoknak 85%-ánál állt fenn NSSI. A „Megbeszélés” későbbi pontján még vissza fogok térni a nem szerepére. Eredményeinknek tehát jelentős klinikai relevanciája van: a serdülőkori ADHD-val foglalkozó szakembereknek javasoljuk, hogy pácienseiknél legyenek különös tekintettel az NSSI esetleges fennállására – különösen lány ADHD diagnózisú betegeknél - ugyanis, mint ahogy tudjuk korábbi vizsgálatokból (Nock és mtsai, 2006), az NSSI növelheti az öngyilkos magatartás eselyét is, így az NSSI szűrésével öngyilkosság prevenciós lépéseket is teszünk.

Eredményeink egybeesnek azokkal a korábbi kutatásokkal, melyek leírják, hogy az ADHD növeli számos más externalizációs és internalizációs pszichiátriai zavar (komorbid kórkép) kialakulásának eselyét (Balázs és Gádos, 2005; Biederman és mtsai; 1991; MTA Cooperative Group, 1999).

Vizsgálatunkban több ADHD tünet az összes vizsgált komorbid mentális zavar (hangulatzavarok, szorongásos zavarok, OCD, viselkedési- és oppozíciós zavar, alkohol abúzus és dependencia, pszichoaktív szer által okozott abúzus és dependencia, pszichotikus zavarok, öngyilkos magatartás) több tünetével járt együtt, melyek közül az alkohol abúzus és dependencia, a pszichotikus zavarok és az öngyilkos magatartás mellett nagyobb volt az NSSI megjelenésének rizikója. Ha megnézzük, hogy vizsgálatunkban azoknál a serdülőknél, akiknél ADHD és NSSI is fennállt, milyen egyéb komorbid problémák voltak jelen, azt látjuk, hogy több mint kétharmaduknál fennálltak az öngyilkos magatartás, az ODD, a GAD és a pszichotikus zavar tünetei.

Két dolog miatt is kiemelném, hogy leggyakrabban az öngyilkos magatartás állt fenn, az esetek 94%-ban, ami lényegesen magasabb, mint amit Nock és munkatársai (2006) találtak, akik klinikai mintán az öngyilkos magatartás és az NSSI 70%-os együttjárását találták. Egyrészt azért, mert abban a vitában, hogy vajon az NSSI és az öngyilkos magatartás két külön jelenség vagy egy spektrum különféle megnyilvánulásai, eredményeink egyértelműen az utóbbit támasztják alá az ADHD diagnózisú serdülőknél (Darke és Torok, 2013; Nock és mtsai, 2006; Velő és mtsai, 2013). Másrészt azért, ahogy fentebb már szó volt erről – mert az öngyilkos magatartás az önsértő páciensek között százszor magasabb a klinikai populációban, mint a normál populációban (Owens és mtsai, 2002) -, saját mintánkon is láthatjuk, hogy az NSSI és az öngyilkos magatartás között jelentős az átfedés, így az NSSI időben történő felismerésével, adekvát kezelésével az öngyilkosságok számát is csökkenthetjük. Mindezen eredményünk kapcsán itt kitérnék az NSSI kifejezésre magára is, ami mint ahogy az értekezésem „Bevezetőjében” leírtam, a számos erre a jelenségre használt kifejezés közül került be a DSM-5-be (American Psychiatric Association, 2013). Eredményeink tükrében azt gondolom, hogy nem szerencsés, hogy a jelenség megnevezése hangsúlyozza a „nem szuicidális” szándékot, hisz így felmerül annak veszélye, hogy a szakemberek kevésbé „veszik komolyan” ezt a jelenséget, holott saját adataink is alátámasztják azon véleményeket, melyek szerint ez a jelenség „kapuja” az öngyilkosságnak (Grandclerc és mtsai, 2016; Kiekens és mtsai, 2018b; Whitlock és mtsai, 2013).

További gyakori komorbiditás volt vizsgálatunkban a mániás epizód, a szociális szorongásos zavar, az OCD, mely kórképek tünetei az ADHD és NSSI diagnózisú fiatalok közel felénél fennálltak, míg harmaduknál komorbid alkohol abúzus/dependencia, disztímia, pánik zavar, negyedüknél szeparációs szorongásos zavar, agorafóbia, viselkedészavar és pszichoaktív szerhasználat tünetei álltak fenn.

Rátérve ezen kutatásunk fő kérdésére kapott eredményeink átgondolására: azt az eredményt kaptuk, hogy az ADHD tüneteinek nincs közvetlen/direkt szignifikáns hatása az NSSI előfordulására, azonban az ADHD tüneteinek a komorbid mentális zavarokon keresztül indirekt hatása van az NSSI előfordulására. Eredményeink alapján az ADHD és az NSSI közötti kapcsolatot a komorbid zavarok közül mindkét nemből mediálják a hangulatzavarok, a pszichotikus zavarok és az öngyilkos magatartás tünetei, míg lányoknál az alkohol abúzus és dependencia tünetei is.

Azt gondolom, hogy azon eredményünk, hogy a hangulatzavarok mediálják az ADHD tünetei és az NSSI közötti kapcsolatot, azt a korábbi feltevést támasztja alá, hogy az önsértés funkciója gyakran az, hogy a személy valamilyen rossz érzéstől, negatív érzelmi állapottól megszabaduljon (Bentley és mtsai, 2015; Briere és Gil, 1998; Klonsky, 2007; Nock és Prinstein, 2004), ami, ahogy a “Bevezető”-ben is leírtam, bekerült az NSSI DSM-5 kritériumai közé is: NSSI diagnózis többek között akkor állítható fel, ha a személy az elmúlt évben öt vagy több napon szándékosan kárt tett magában, és ennek célja az volt, hogy megszabaduljon valamilyen rossz érzéstől, és/vagy valamilyen interperszonális nehézsége feloldódjon (American Psychiatric Association, 2013). Továbbá, mint ahogy az értekezésem “Bevezető”-jében is leírtam, az ADHD-val küzdő személyek számos nehézséget, kudarcot élnek át a hétköznapiak során, melyek az ADHD tüneteinek közvetett következményei, pl. az impulzivitás miatt számos kortárs, szülő, pedagógus konfliktusba kerülnek, a figyelmi-hiperaktivitás tünetek miatt pedig tanulmányi eredményük gyakran gyengébb a képességeik alapján elvárhatóhoz képest, ezek pedig kudarcokhoz, önbizalomhiányhoz, majd hangulatzavarhoz vezethetnek (Balázs, 2015b). Mindez a hangulatzavarok ADHD és NSSI közötti mediáló hatását szintén magyarázhatja.

Érdekes és nemzetközileg is új eredményünk a pszichotikus tünetek gyakori komorbiditása olyan serdülőknél, akiknél az ADHD és az NSSI tünetei is fennállnak. Ennek egyik oka talán az lehet, hogy ebbe a vizsgálatunkba pszichiátriai osztályra felvett serdülőket vontunk be, tehát akiknél valamilyen súlyos pszichés probléma állt fenn. Így ez lehet egy speciális ADHD populáció súlyos komorbiditással. Erre még visszatérek a vizsgálat limitációinak tárgyalásánál.

Egy tovább érdekes magyarázata lehet a pszichotikus zavar tüneteinek magas komorbiditására ADHD-NSSI mellett, amit Häfner és munkatársai vetnek fel (2013) áttekintő tanulmányukban: összehasonlították a később szkizofrénia diagnózist kapó betegeknek a tüneteit, amikor először kerültek osztályos felvételre, szintén először osztályos felvételre kerülő, később unipoláris depresszió diagnózist kapó betegek tüneteivel, és azt az eredményt kapták, hogy a tüneteik nagyon hasonlóak az első osztályos felvételkor. Tehát a prodómában ezek a tünetek nagyon hasonlóak, egészen addig, amíg a szkizofrénia pozitív tünetei meg nem jelennek. Továbbá Häfner és munkatársai (2013) leírják, hogy a szkizofrén betegeknek a leggyakrabban megjelenő prodromális tünet a depressziós hangulat volt. Mindez a magyarázat összekapcsolja az



NSSI-ADHD melletti magas komorbiditást a fentebb kifejtett gyakori depressziós tünetekkel.

Eredményeink egybeesnek azokkal a korábbi kutatásokkal is, melyek az önsértést és az alkohol abúzus/dependencia (Fulwiler és mtsai, 1997), illetve az ADHD és az alkohol abúzus/dependencia (Biederman és mtsai, 2010) magas komorbiditásáról számolnak be. Érdeemes megjegyezni, hogy Fulwiler és munkatársai (1997) a szerhasználat (alkohol és egyéb pszichoaktív szerhasználat) tekintetében nem találtak jelentős különbséget NSSI-t és öngyilkossági kísérletet elkövető személyek között. Több kutató is az ADHD, az önsértő és az öngyilkos magatartás kapcsolatának hátterében a komorbid alkohol és egyéb szerhasználat fennállását látja kutatása eredményei alapján (Hurtig és mtsai, 2012; Izutsu és mtsai, 2006; Lam, 2005). Továbbá Hurtig és munkatársai (2012) 1986-ban indult születési kohorsz vizsgálatának adatai alapján, azon alaperedményük mellett, hogy az ADHD növeli az NSSI megjelenésének esélyét, tudható, hogy tovább növeli az önsértés megjelenését ADHD diagnózis mellett, ha pszichoaktív szerhasználat, viselkedészavar és a családban feszültség áll fenn (Hurtig és mtsai, 2012).

Egyelőre a korábbi eredmények ellentmondásosak a nem szerepéről az ADHD melletti komorbiditás tekintetében (Biederman és mtsai, 2006; Izutsu és mtsai, 2006; Keresztény és mtsai, 2012; Lewinsohn és mtsai, 1995). Ebben a vizsgálatunkban, mint ahogy írtam korábban, az ADHD és az NSSI közötti kapcsolatot mindkét nem esetében mediálták a hangulatzavarok, a pszichotikus zavar és az öngyilkos magatartás tünetei. Az alkohol abúzus és dependencia pedig csak a lányok esetében bizonyult mediáló tényezőnek. Továbbá, míg az ADHD és NSSI diagnózisú lányok egyharmadánál fennállt alkohol dependencia, addig az ADHD és NSSI diagnózisú fiúknak csak tizedénél. Ezek az eredményeink alátámasztják azokat a korábbi vizsgálatokat, amelyek azt találták, hogy alkohol és pszichoaktív szerhasználatra nagyobb a kockázata az ADHD diagnózisú serdülő lányoknak, mint a fiúknak (Biederman, és mtsai, 2006; Izutsu, és mtsai, 2006; Matuszka és mtsai, 2015; Ottosen és mtsai, 2016).

Mivel az ADHD egy idegrendszer fejlődési zavar, tehát definíció szerint is gyermekkorban indul, ezért számos szempontból - így a komorbiditások és ezek által az NSSI és akár az öngyilkos magatartás megelőzése miatt - nagyon fontos az ADHD

tüneteinek időben történő felismerése és adekvát kezelése, mely csökkentheti mindezen számos területen „malignus” folyamatok beindulását (Taylor és mtsai, 2014).

A vizsgálat *korlátai* közé tartozik, hogy keresztmetszeti elrendezésű volt, ami nem teszi lehetővé az ok-okozati összefüggések vizsgálatát az ADHD tünetei, a komorbid mentális zavarok és az NSSI közötti kapcsolatot tekintve. Továbbá, mint ahogy már fentebb említettem, kórházi populációt vontunk be vizsgálatunkba, így feltételezhető, hogy olyan ADHD diagnózisú serdülőket vizsgáltunk, akiknél gyakran „súlyos”, akár kórházi kezelést is szükségessé tevő komorbiditás állt fenn – így vizsgálatunk eredményei nem általánosíthatóak az ADHD populáció egészére. Szintén a limitációk közé tartozik, hogy a kutatás nem tért ki arra, hogy a serdülőknél mi volt a vezető tünet, amely alapján a kórházi felvétel megtörtént. A kutatás nem vizsgálta, hogy ezek a személyek álltak-e korábban ADHD-t érintő kezelés alatt. Az említettek magyarázatul szolgálhatnak a vizsgálatban megjelenő fiú-lány arány korábbi szakirodalmi adatoktól eltérő eredményére. Végül szeretném megemlíteni, hogy az NSSI-re vonatkozó adatokat önkitöltő kérdőív alapján nyertük, mely szintén befolyásolhatta eredményeinket.

Vizsgálatunk alapján *összefoglalva* szeretném hangsúlyozni, hogy az NSSI magas előfordulási gyakorisága az ADHD diagnózisú, kórházi felvételt nyert serdülők, különösen lányok esetében felhívja a klinikusok figyelmét arra, hogy ennél a populációnál különös gondossággal szükséges az NSSI rizikótényezőit, tüneteit, valamint az ADHD esetleges komorbiditásainak tüneteit felmérni és kezelni.

#### **6.4. Az életminőség mint öngyilkossági rizikófaktor<sup>11</sup>**

Az életminőség egy lényegesen tágabb konstruktum, mint a diagnosztikai rendszerekben is kritériumként szereplő, az adott kórkép tünetei következtében fellépő, funkcióromlás: objektív (pl. a funkcionálás globális értékelése) és szubjektív tényezőket (pl. a élettel való elégedettség) is magába foglal (Remschmidt és Mattejat, 2010). Mindezért a gyermekpszichiátriában is, hasonlóan a testi betegségek

---

<sup>11</sup> Jelen fejezet a Balázs és munkatársai (2018b) közlemény fordított és helyenként átdolgozott változata.

diagnosztikájához és terápiájához és a kezelés hatékonyságának méréséhez, az utóbbi évtizedben egyre jelentősebbé vált, hogy információval rendelkezünk a betegek életminőségéről (Bastiaansen és mtsai, 2004; Dallos és mtsai, 2014; Klassen és mtsai, 2004; Mattejat és mtsai, 2003). Ennek ellenére, tudomásunk szerint a mi vizsgálatunk az első, ami az életminőség, mint lehetséges mediátor szerepét vizsgálja a pszichopatológia és öngyilkos magatartás között, klinikai ellátásba kerülő serdülőknél.

Eredményeink közül először is azt szeretném kiemelni, hogy pszichiátriai osztályos ellátásra kerülő serdülők több mint felénél állítottuk fel strukturált kérdőív segítségével az öngyilkos magatartás diagnózisát. Bár mint tudjuk, a Gyermek MINI szenzitíven méri az öngyilkos magatartás fennállását (Balázs és mtsai, 2004; Lecrubier és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1998; Sheehan és mtsai, 2010), ezzel együtt ezen eredményünk csak megerősíti értekezésem globális céljának létjogosultságát, miszerint minden új ismeret, kicsi lépés is nagyon fontos, amit az öngyilkosság prevenciója érdekében tenni tudunk.

Eredményeink megerősítik azokat a korábbi vizsgálatokat, melyek szerint már serdülőkorban számos tekintetben különbség van a nemek között: a lányoknál több internalizációs pszichopatológia áll fenn, mint fiúknál (Angold és mtsai, 1998; Balázs és mtsai, 2013a), és a lányoknak rosszabb az életminőségük (Cavallo és mtsai, 2006; Michel és mtsai, 2009) és magasabb az öngyilkossági rizikójuk (Balázs és mtsai, 2013a; Wunderlich és mtsai, 2001), mint a fiúknak.

A korábbi vizsgálatokkal számos további eredményünk egybeesik, miszerint az öngyilkossági kockázat magasabb foka együttjár: a) az idősebb korral (Balázs és mtsai, 2014; National Institute of Mental Health, 2017), b) mind az internalizációs, mind az externalizációs tünetekkel (Gould és mtsai, 2003; Henriksson és mtsai, 1993; Marttunen és mtsai, 1991; Shaffer és mtsai, 1996), c) kortárskapcsolati nehézségekkel és d) rosszabb életminőséggel.

Vizsgálatunk nemzetközileg is új eredménye, hogy az életminőség szignifikánsan mediálta az internalizáló tünetek, a kortárskapcsolati problémák és az öngyilkos magatartás közötti kapcsolatot: több érzelmi és kortárskapcsolati probléma alacsonyabb életminőséggel járt, ami pedig magasabb öngyilkossági kockázattal járt.

Fontos hangsúlyoznunk, hogy ebben a vizsgálatunkban a pszichopatológiát dimenzionális szemléletben mértük fel. Eredményeink azokat a korábbi nézeteket erősítik meg (Helmchen és Linden, 2000; Lecrubier, 2008; Möller, 2008; Okasha, 2009), melyek fontosnak tartják a jelenlegi, többnyire kategoriális klasszifikáció mellett - DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) és BNO-10 (WHO, 1992) - a dimenzionális szemlélet bevezetését és alkalmazását a klinikumban és a kutatások során egyaránt.

Továbbá jelen, klinikai mintán történt vizsgálatunk eredményei megerősítik két korábbi vizsgálatunk eredményeit, melyeket két másik vizsgálati csoport bevonásával végeztünk – egy populációs vizsgálat (Balázs és mtsai, 2013a) és egy másik klinikai minta (Balázs és mtsai, 2014) segítségével -, melyekben azt találtuk, hogy a küszöb alatti diagnózisok már növelik az öngyilkossági rizikót serdülőknél.

Eredményeink az öngyilkosság megelőzéséhez szolgálnak új adatokkal. Míg a szuicid prevenció érdekében a pszichopathológia – mind az internalizáló, mind az externalizáló tünetek – és a kortárskapcsolati problémák felismerésének és megfelelő kezelésének fontossága jól ismert, addig az életminőség mérése, mint egy esetleges szuicid prevenciós eszköz, kevésbé ismert a klinikusok körében. Ennek különös jelentősége lehet internalizáló tünetekkel élő gyermekek esetében, mely problémáról gyakran a környezet nem is tud, ezért nem részesülnek a gyermekek ellátásban (Wagner és mtsai, 2006). Szintén segíthet kortárskapcsolati problémával küzdő gyermekek problémáinak feltárásában az életminőség mérése, mert pl. a kortársbántalmazás (bullying) áldozatai gyakran szégyellik problémájukat és megpróbálják eltitkolni a többiek előtt (Duarte és mtsai, 2015; Vie és mtsai, 2012), és ismert, hogy a bullying növeli az öngyilkossági rizikót (Alavi és mtsai, 2017; Barzilay és mtsai, 2017). Eredményeink alapján az életminőség csökkenése egy „könnyebben” mérhető, ámde szintén fokozott szuicid rizikóval együttjáró állapot. Továbbá eredményeink azt is mutatják, hogy a jobb életminőség – különösen azoknál a serdülőknél, akiknek internalizáló és/vagy kortárskapcsolati problémái vannak – kisebb öngyilkossági rizikóval jár. Fontos lenne, hogy további vizsgálatok feltérképezzék, az életminőségnek mely aspektusai mediálják a pszichopatológia és az öngyilkos magatartás közötti kapcsolatot, mely segíthetne abban, hogy speciális intervenciókat tudjanak a szakemberek fejleszteni és alkalmazni.

Továbbgondolva eredményeinket, első ránézésre talán meglepő, hogy az életminőség nem mediálja a hiperaktivitás/impulzivitás/magatartási problémák tünetei és az öngyilkos magatartás közötti kapcsolatot. Amikor viszont további elemzéseket végeztünk, azt kaptuk, hogy a hiperaktivitás/impulzivitás tünetek több internalizáló és magatartási zavar tünettel jártak együtt, és a több internalizáló és/vagy kortárskapcsolati probléma magasabb öngyilkossági rizikóval járt együtt.

Ebben a vizsgálatunkban ugyanazt az eredményt kaptuk, mint korábbi, szintén klinikai serdülő csoport bevonásával végzett vizsgálatunkban (ld. 4.2. és 5.2. és 6.2. fejezetek, Balázs és mtsai, 2014), miszerint az ADHD tünetei és az öngyilkos magatartás közötti kapcsolatot az internalizációs zavarok tünetei teljes mértékben mediálják, de a magatartászavar tünetei nem bizonyultak mediátor tényezőnek. Mindezen eredményünk felhívja a szakemberek figyelmét arra, hogy az ADHD tünetei mellett esetlegesen fennálló internalizáló tünetek gondos felmérése és szükség esetén kezelése fontos serdülő betegeiknél.

Vizsgálati eredményeink értelmezésénél, továbbgondolásánál a következő *korlátokat* kell szem előtt tartanunk: 1) Keresztmetszeti vizsgálat, ami nem teszi lehetővé az ok-okozati viszonyokra következtetést az ADHD tüneteinek fennállása, a komorbid kórképek, az életminőség és az öngyilkos magatartás között. Ezen vizsgálati populáció utánkövetését tervezzük. 2) Az SDQ Magatartási tünetek alskála alacsony belső konzisztenciája. 3) A vizsgálatba kórházi felvételre került klinikai mintát vontunk be, ezért feltételezhetjük, hogy olyan serdülőkre terjed ki vizsgálatunk, akiknél súlyosabb funkciókárosodás áll fenn és a levonható következtetések ennek megfelelőek. 4) Bár az SDQ a pszichiátriai zavarok tüneteinek széles körét felméri, mégsem vizsgálja az összeset.

*Összefoglalóan* szeretném kiemelni, hogy vizsgálatunk pszichiátrai kórházi ellátásba kerülő serdülők között az öngyilkos magatartás igen magas előfordulási gyakorisága az öngyilkossági rizikó vizsgálatának a fontosságára hívja fel a szakemberek figyelmét mindennapi osztályos munkájuk végzése során. További serdülőkori öngyilkossági prevenciós lépés lehet az életminőség mérésének bevezetése a „rutin” serdülőpszichiátriai osztályos ellátásba.

## 6.5. A SEYLE vizsgálat

### 6.5.1. A küszöb alatti pszichiátriai zavarok mint öngyilkossági rizikófaktorok<sup>12</sup>

A küszöb alatti pszichiátriai zavarok témájának átekintését a korábbi ismeretek alapján értekezésem “Bevezető”-jében annak a kérdésnek az átgondolásával zártam, hogy mennyiben medikalizálunk, ha ezen tünetegyüttesekre irányítjuk a szakemberek figyelmét, vagy éppen ezzel a mentális egészség érdekében teszünk. Értekezésemben bemutatásra kerülő, serdülők körében végzett, nagy, nemzetközi populációs adatokon alapuló vizsgálatunk eredményeiből ezért először azt tartom fontosnak kiemelni, hogy már a mi meghatározásunk szerinti küszöb alatti szorongásos és depressziós tünetegyüttesek is – amelyek a spektrumon a kevésbé szigorú kritériumon alapulnak – megnövekedett társuló pszichopatológiával, mérhető funkciókárosodással és fokozott öngyilkos magatartással járnak, ahhoz képest, mint amikor nem áll fenn küszöb alatt szorongás/depresszió. Azonban mindhárom területen alacsonyabb ez a „betegségteher” (angol terminológiából átvéve: burden of disease), mint ahol ún. küszöb feletti kritériumok szerinti tünetegyüttes diagnosztizálható. Ezen eredményünkkel hozzájárulunk az értekezésem “Bevezető”-jében említett kategoriális-dimenzionális felosztás értelmezéséhez és ezen belül a küszöb alatti zavarok jellemzéséhez. Vizsgálatunk során, túllépve a klasszifikációs rendszerek kategoriális gondolkodásán (van betegség - nincs betegség), dimenzionális szemléletben, de ismét kategoriális elven meghatározott konstruktumokat, a küszöb alatti szorongásos és a küszöb alatti depressziós zavart hoztuk létre. A fentebb leírt mindhárom, igen jelentős paraméter (társuló pszichopatológia, funkciókárosodás, öngyilkos magatartás) mentén „köztes” elhelyezkedésűnek találtuk az említett küszöb alatti zavarokat a jelenlegi klasszifikációs rendszerek kategoriális „normál-patológiás” konstruktumai között. Tehát vizsgálatunk megerősíti a pszichés zavarok dimenzionális megközelítésének fontosságát (Fergusson és mtsai, 2005; Klein és mtsai, 2009; Lewinsohn és mtsai, 2000; Shankman és mtsai, 2009). Tekintettel arra, hogy a „normál” állapottól a patológia felé haladva számos irányban jelentős eltérést találtunk: sem a megnövekedett társuló pszichopatológiát, sem a már megjelenő funkciókárosodást, sem a szintén már

---

<sup>12</sup> Jelen fejezet a Balázs és munkatársai (2013a) közlemény fordított és helyenként átdolgozott változata.

megnövekedett öngyilkossági rizikót nem lehet ignorálni, így semmiképpen nem medikalizálunk, ha vizsgálatunk eredményei alapján ezen állapotok fontosságára felhívjuk a gyakorló szakemberek figyelmét. Azonban azzal, hogy ezek az állapotok kevésbé súlyosak, mint a küszöb feletti zavarok, ezen tünetegyüttesek felismerésének és adekvát kezelésének a klinikai relevanciája a prevenció irányába mutat. Azáltal viszont, hogy dimenzionális gondolkodás keretében, de kritériumok alapján meghatározott állapotokról beszélünk, amikor a küszöb alatti zavarokat definiáljuk, lehetőség nyílik vizsgálatunk alapján is egy áthidaló megoldásra a kategoriális-dimenzionális vitában és a küszöb alatti állapotok beilleszthetővé válhatnak a klasszifikációs rendszerekbe, mint említettük nem a medikalizációt erősítve, hanem segítve a klinikusok és a kutatók munkáját.

Korábbi, gyermekek között történt vizsgálatokhoz (Fergusson és mtsai, 2005; Wittchen és mtsai, 1998) hasonlóan magasnak találtuk a küszöb alatti depressziós zavar előfordulási gyakoriságát, és tudomásunk szerint ebben a korosztályban először mértük fel a küszöb alatti szorongásos zavar előfordulási gyakoriságát, amit a felnőttek között végzett vizsgálatokhoz hasonlóan szintén magasnak találtunk: eredményeink alapján a serdülők közel egyharmadánál áll fenn küszöb alatti depresszió és egyharmaduknál küszöb alatti szorongás. Tekintettel ezekre a magas prevalencia értékekre és figyelembe véve, ahogy fentebb részleteztem, hogy már ezen tünetegyüttesek számos, igen releváns területen „terhet” okoznak a fiataloknak és/vagy környezetüknek, vizsgálatunk alátámasztja a küszöb alatti zavarok relevanciáját.

Bár vizsgálatunk fókuszában a küszöb alatti zavarok álltak, mindenképpen ki kell emelnünk eredményeink alapján, hogy normál populációban szűrőeszközzel mérve igen magas volt a küszöb feletti depresszió (10,5%) és szorongás (5,8%) előfordulási gyakorisága. Eredményeink egybeesnek Angst és munkatársai (1997) populációs vizsgálatával, miszerint kb. a 19-20 éves fiatalok felénél állítható fel küszöb alatti és küszöb feletti pszichés zavar. Ezen nemzetközi adatokkal összhangban levő hazai adatokat is magukba foglaló eredményeinknek népegészségügyi jelentősége van.

A küszöb alatti zavarok pontosabb megismerése szempontjából további érdekes adatunk a nemi megoszlásra vonatkozik. Ismert, hogy serdülőkor előtt a klasszifikációs rendszerek kritériumait kimerítő depresszió előfordulási gyakorisága egyenlő lányok és fiúk között (Anderson és mtsai, 1987; Kashani és mtsai, 1983), azonban 11-13 éves

kortól és felnőttkorban is, nők körében kétszer gyakoribb a depresszió, mint férfiaknál, és ebben a korosztályban a szorongásra vonatkozóan is hasonló prevalencia adatok ismertek (Angold és mtsai, 1998; Mackinaw-Koons és Vasey, 2000). Az értekezésemben bemutatásra került vizsgálatban nem csak a küszöb feletti kórképek esetén kaptuk a már korábban ismert nemi eloszlást serdülőkorban, hanem küszöb alatti depressziós és küszöb alatti szorongásos zavar esetén is. Ezen adataink megerősítik, hogy a klasszifikációs rendszerekben szereplő kórképekkel egy spektrumon levő tünetegyüttesekről van szó, amikor küszöb alatti zavarokról beszélünk, tehát eredményeink hozzájárulnak a dimenzionális szemlélet validálásához.

Visszatérve és részletesebben áttekintve vizsgálatunk öngyilkos magatartással összefüggő eredményeit, fontos hangsúlyozni, hogy korábbi adatokkal teljesen egybehangzóan (Balázs és Rihmer, 2012; Harris és Barraclough, 1997) a vizsgált zavarok közül a küszöb feletti depresszió járt a legnagyobb öngyilkossági kockázattal, kilencszeresére emelte az öngyilkos magatartás rizikóját azokhoz képest, akiknél nem állítható fel depresszió. Korábbi vizsgálatunk során öngyilkossági kísérletet elkövetett felnőtteknél azt kaptuk, hogy 60%-uk életük első depressziós epizódja során kísérelt meg öngyilkosságot (Balázs és mtsai, 2003). Így minden olyan „megfogható konstruktum”, ami már az első depressziós epizód előtt utalhat a fokozott öngyilkossági rizikóra, igen fontos. Ezért is kiemelt jelentőségű öngyilkosság prevenció szempontjából az az eredményünk, hogy azoknál, akiknél küszöb alatti depressziós zavar áll fenn, már háromszoros esélyét találtuk, hogy öngyilkos magatartásuk legyen, azokhoz képest, akiknél nem áll fenn depresszió. Ennél valamivel kisebb volt a küszöb feletti és alatti szorongásos zavarú fiatalok esélye, hogy öngyilkos magatartásuk legyen, előbbinek két és félszeres, utóbbinak kétszeres, azokhoz képest, akiknél nem áll fenn szorongásos zavar. Tehát ezen küszöb alatti kórképek felismerése és adekvát kezelése is jelentős lépés lehet az öngyilkosságok megelőzése terén. Továbbá a küszöb alatti kórképek felismerésének és kezelésének ezen direkt öngyilkossági prevenció hatásán túl, hozzájárulhat a korábban leírt mechanizmus is, mely szerint ezen küszöb alatti tünetegyüttesek növelik az esélyét a küszöb feletti kórképek, pl. depresszió kialakulásának (Horwath és mtsai, 1992), melynek magas öngyilkossági rizikója jól ismert, tehát ha ezen küszöb alatti kórképeket felismerjük és megfelelően ellátjuk, kisebb eséllyel alakulnak ki küszöb feletti zavarok, így indirekt módon teszünk a prevenció érdekében. Vizsgálatunkban, korábbi kutatási eredményekkel



egybehangzóan (Wunderlich és mtsai, 2001), azt találtuk, hogy a nemnek szignifikáns hatása van az öngyilkos magatartásra.

A vizsgálatnak *korlátja*, hogy keresztmetszeti elrendezésű. További, longitudinális vizsgálatok szükségesek a területen. Szintén figyelembe kell vennünk eredményeink értelmezésénél, hogy az adatok önkitöltős kérdőíveken alapulnak. Fontos még megemlíteni itt, hogy miután a vizsgálati személyeket 11 országban vontuk be, kulturális különbségek is közrejátszhattak az eredmények alakulásában.

*Összefoglalva* kiemelném, hogy vizsgálatunk hozzájárul ahhoz, hogy a küszöb alatti szorongásos és depressziós zavar a szakemberek fókuszába kerüljön, ezzel hozzásegíthetjük, hogy ezen konstruktumok a klasszifikációs rendszerekbe bekerüljenek, illetve azt, hogy az ilyen problémájú fiataloknál a klinikusok fokozott figyelemmel legyenek az öngyilkos magatartás felismerésére, így egy további lépést tettünk a szuicid prevenció érdekében.

Fontos tehát a dimenzionális szemlélet és ezen belül a küszöb alatti kórképek helyének a megtalálása az pszichiátriában, mely a klinikumból a prevencióra irányíthatja a szakemberek figyelmét.

### **6.5.2. Hatékony fiataalkori öngyilkosság prevenciós program kidolgozása <sup>13</sup>**

*A téma diszkussziója megjelent a Wasserman és munkatársai (2015) és a Balázs (2017) közleményekben, az alábbi fejezet részben ezeken alapul.*

Ismert, hogy a serdülők nem szívesen kérnek segítséget, ha gondjuk van: szüleikkel, tanáraikkal, de még társaikkal sem könnyen osztják meg problémájukat és bár a klinikai gyakorlatban előfordul, de csak ritkán, hogy saját kezdeményezésre kérnek időpontot (Hawton és mtsai, 2006). Mindezek ismeretében és pontosan ezért tűztük ki SEYLE vizsgálatunk céljaként egy olyan iskolai keretek között történő, fiatalokat megcélzó prevenciós program kidolgozását, ami abban segíti a fiatalokat, hogy tudjanak/merjenek segítséget kérni, ha problémájuk van saját maguknak vagy egy társuknak.

---

<sup>13</sup> Jelen fejezet a Wasserman és munkatársai (2015) közlemény fordított és helyenként átdolgozott változata, valamint a Balázs (2017) közleményen alapul.

A YAM program kombinálja a fiataloknál igen hatékony kognitív és emocionális tanulás elemeit (Piaget, 2001; Wasserman, 1994). A YAM egyedileg kidolgozott, standardizált, kulturálisan adaptált módszertannal – bevezető előadás, prospektus, poszterek, szerepjátékok, segítő elérhetőségét tartalmazó névjegykártya – kívánja a fiatalok én-hatékonyságát, problémamegoldó képességét segíteni a mentális egészség és betegség témájában, beleértve az öngyilkosság prevenciót.

Először írnék néhány szót a program fogadtatásáról szubjektív benyomások alapján. Az iskolákban a YAM programot vezető kollégák visszajelzése alapján a program mindegyik résztvevő országban a diákok körében pozitív fogadtatásban részesült és az iskolai életbe könnyen beilleszthető volt (Wasserman és mtsai, 2012). Vezetésemmel zajló hazai centrumban a középiskolákban a diákok interaktívan vettek részt a programban, a szerepjátékok során lelkesen bekapcsolódtak, azokat átbeszélték és az előre meghatározott szerepjátékokon kívül számos ötletük volt további helyzetek eljátszására. A SEYLE vizsgálat vége után informálisan hallottuk, hogy voltak olyan középiskolai osztályok, akik a programban megtanultak alapján a YAM program zárulása után is önként rendszeresen összejöttek és folytatták a felmerülő nehéz helyzetek eljátszását és megbeszélését.

A YAM program objektív vizsgálata fontos célkitűzésünk volt. Ennek során a YAM program és további kettő, a YAM program módszertanától eltérő elemeket használó – pedagógusokat megcélzó (QPR program), illetve direkt szűrés (ProfScreen) - iskolai keretek között történő öngyilkosság prevenciós program hatékonyságát vetettük össze randomizált, kontrollált vizsgálat keretében kontroll csoporttal. Tudomásom szerint ez az első randomizált, kontrollált vizsgálat Európában, ami iskolai keretek között történő öngyilkosság megelőző programok hatékonyságát méri -, az USA-ban pedig, mint ahogy a “Bevezető”-ben írtam, korábban kettő ilyen vizsgálat történt (Aseltine és DiMartino, 2004; Aseltine és mtsai, 2007; Wilcox és mtsai, 2008). Eredményeink azt mutatják, hogy a YAM programú csoportban szignifikánsan hatékonyabb volt a súlyos öngyilkossági gondolatok és/vagy öngyilkossági kísérletet elkövető új esetek megjelenésének megelőzése, mint a kontroll csoportban. Azt kaptuk, hogy annál a csoportnál, ahol YAM intervenció történt, fele volt az új esetek megjelenése, mint ahol nem – ez sokkal magasabb hatás, mint amit számos más, sikeresnek számító iskolai keretek között történő egészségmegőrző prevenciós programnál találtak, pl. bullying

megelőző programnál 17-23%-kal volt kevesebb az új esetek megjelenése (Ttofi és Farrington, 2011), míg dohányzásmegelőző programok hatékonyságát ebben a korosztályban 14%-nak találták (Isensee és Hanewinkel, 2012). Az USA-ban korábban történt iskolai prevenciós programok hatékonyságát vizsgáló randomizált vizsgálatok közül csak egy fókuszált öngyilkosság prevenciós módszerre, az SOS programra (Aseltine és DiMartino, 2004; Aseltine és mtsai, 2007). Az SOS módszer a YAM programhoz hasonlóan tartalmaz „awareness” képzési elemeket, kiegészülve önértékelésen alapuló szűréssel (Aseltine és DiMartino, 2004). A SOS hatékonyságának vizsgálatakor - szemben a SEYLE vizsgálattal - csak 3 hónapos utánkövetés történt, ennek során pedig a YAM programhoz hasonlóan az öngyilkossági kísérletek incidenciájának csökkenését találták a kontroll csoporthoz képest, azonban a YAM programtól eltérően a súlyos öngyilkossági gondolatok incidenciája nem csökkent a kontroll csoporthoz képest. Az USA-ban korábban történt másik randomizált, kontrollált vizsgálat egy általános, tehát nem öngyilkosság megelőzés specifikus iskolai program, a GBG módszer (melynek célja, hogy csökkentse az agresszív és maladaptív viselkedést) hatékonyságát vizsgálta 15 éves utánkövetéssel (Wilcox és mtsai, 2008). Ennek során a YAM programhoz hasonlóan mind a súlyos öngyilkossági gondolatok, mind az öngyilkossági kísérletek incidenciája csökkent a GBG módszert alkalmazó csoportban a kontroll csoporthoz képest.

Fontos kitérni arra, hogy a YAM program a direkt öngyilkosság prevenciós része mellett – ami arra fókuszál, hogy hogyan ismerheti fel valaki önmagánál vagy egy társánál az öngyilkosság elsődleges rizikófaktorait, pl. hogy depressziós tünetei vannak és/vagy öngyilkossági gondolatai, esetleg tervei és hogy ilyenkor mi a teendő – arra tanítja a fiatalokat, hogy hogyan ismerjék fel és mit csináljanak stresszkeltő helyzetekben, krízis szituációkban. Mint korábban kifejtettem, az öngyilkosságnak másodlagos rizikófaktorai a negatív életesemények, így a YAM program ezen eleme, az elmélet megtanulásával, majd szerepjátékok során a megküzdő stratégiák gyakorlásával hozzájárulhat ahhoz, hogy az esetlegesen bekövetkező negatív életesemények, stresszel járó szituációk kisebb eséllyel fokozzák a fiataloknál az öngyilkosság rizikóját. Továbbá a YAM program azon indirekt eleme is hozzájárulhat a hatékonyságához, hogy lehetőséget teremt a fiataloknak, hogy beszéljenek magukról, érzéseikről, gondolataikról, ugyanis ismert, hogy az öngyilkosságot megkísérlők, elkövetők hajlamosak arra, hogy elnyomják érzéseiket és nehezen beszélnek

gondjaikról (Pisani és mtsai, 2013). A hazai vizsgálatban több fiatal is megfogalmazta, hogy a YAM program során jött rá, hogy a társainak is vannak problémái, csak esetleg eddig nem mondták el és ezek akár hasonló jellegűek, mint amivel ők is küzdenek. Azt is megfogalmazták a fiatalok, hogy milyen jó érzés volt, hogy miután mertek beszélni gondjaikról, rájöttek, hogy a társaik ettől nem lesznek ellenségesek velük, sőt segítséget is kapnak. Mindez szintén hozzájárulhatott a program hatékonyságához.

Azt találtuk, hogy a QPR és ProfScreen programoknak a kontroll csoporthoz képest nincs szignifikáns hatása. Ez két olyan program, ahol felnőttek próbálnak tenni a fiatalok öngyilkosságának megelőzéséért: a QPR program során a tanárokat képeztük, hogy ismerjék fel és irányítsák ellátásba a segítségre szoruló fiatalokat, míg a ProfScreen program keretében direkt szűrést végeztünk, megkerestük azokat a fiatalokat, akik a kérdőív alapján magas rizikójúnak tűntek és szakember segítségét ajánlottuk nekik. Ismert fejlődéslélektanból, hogy ebben a korosztályban a fiatalok a felnőttektől pont függetlenedni próbálnak, és társaik között keresik helyüket, így felmerül, hogy ez is hozzájárult ahhoz, hogy a QPR és a ProfScreen program vizsgálatunkban nem bizonyult hatékonynak a kontrollcsoporttal összehasonlítva, míg a YAM program igen. Azonban fontos itt megjegyezni, hogy a kontroll csoportban is történt minimális prevenció – ugyanazokat az „awareness” elemeket tartalmazó poszttereket tettük ki az osztálytermekben a szakember elérhetőségével, mint a YAM csoportnál, csak itt előadás és szerepjáték nem történt, valamint prospektust sem kaptak – tehát ennél a minimális intervenciónál nem volt az előbb említett két program hatékonyabb.

A SEYLE vizsgálatban felmértük a résztvevő tanárok pszichológiai jól-létét és azt, hogy mennyire elégedettek az iskolai légkörrel (Sisask és mtsai, 2014). Azt az eredményt kaptuk a tanárok beszámolója alapján, hogy megnöveli az esélyét annak, hogy egy tanár úgy érezze, hogy segíteni képes egy pszichés problémával küzdő diákjának, ha ő maga pszichésen jól van és elégedett az iskolai légkörrel, valamint, ha képzettsége van arra vonatkozóan, hogy felismerje, megértse, ha egy diákjánál pszichés problémák állnak fenn és tudja, mi ilyenkor a teendő (Sisask és mtsai, 2014). Tehát ezen eredményeink alapján felmerül, hogy a QPR program mellett, amit a tanárok fontosnak tartanak, az iskolai légkör javítására és a tanárok mentális egészségének növelésére is hangsúlyt kell helyezni a fiatalkori öngyilkosság prevenció érdekében is. Mindkettőben sokat segíthet, ha az iskolákban van iskolapszichológus. Hazánkban

fontos lenne ilyen jellegű fejlesztés. Fontos megemlítenem, hogy a hazai centrumban az tapasztalatuk, hogy a QPR képzést végző munkatársaink igen nagy ellenállásba ütköztek, a pedagógusoknak nehéz volt az öngyilkosság témája és a képzés interaktív részében meglehetősen passzívak voltak. Hazánkban annak ellenére, hogy a képzés anyaga is tartalmazza, hogy az tévhit, hogy ha rákérdeznek az öngyilkosságra, ezzel növelnék az öngyilkosság rizikóját, többször visszajelezték a pedagógusok ezzel szembeni kételyüket. Továbbá annak ellenére, hogy ahol lehetett a QPR képzéshez készült standard diasort kiegészítettük magyar példákkal, azt is jelezték hazánkban a tanárok a QPR képzést végző kollégáknak, hogy a módszer „túl amerikai”. Mindez szintén hozzájárulhatott ahhoz, hogy a program nem bizonyult hatékonynak.

A ProfScreen adatok feldolgozása során azt találtuk, hogy a kiszűrt diákoknak csak 38%-a fogadta el a felajánlott segítséget és ment el a szakemberrel történő vizsgálatra, ami szükség esetén lehetővé tette a további segítségnyújtást (Kaess és mtsai, 2014). Megjegyezném, hogy külön tekintve a hazai adatokat ez az arány még alacsonyabb volt, a ProfScreen csoportból kiszűrt magas rizikójú diákonak csak 8,45%-a élt a felajánlott segítséggel. A ProfScreen program során ezeknek a magas rizikójú fiataloknak, akiket a kérdőív alapján kiszűrtünk, egy pszichiátriai intézményben, pl. a hazai centrum esetében a Vadaskert kórházban ajánlottuk a vizsgálatot szakemberrel. Felmerül, hogy esetleg a pszichiátria intézmény stigmatizál, és ezért fogadták el kevesen a felajánlott segítségét és ez hozzájárulhatott ahhoz, hogy ez a program kevésbé volt hatékony. Nagyon fontos társadalmi feladat a pszichés betegségek és az ezeket ellátó intézmények destigmatizálása, mely jelentősen hozzájárulhat az öngyilkosság prevencióhoz is.

A vizsgálat *limitációja*, hogy az eredmények önkitöltős kérdőíven alapulnak. Azonban, mivel utánkövetéses vizsgálatot végeztünk, az alapfelmérésnél is és az utánkövetésnél is önkitöltős kérdőívet használtunk. A vizsgálat másik két vizsgálati csoportjában pedig ilyen jellegű beavatkozás - ami a diákokat direkt érinti - nem történt, hisz a pedagógusokat képeztük a QPR csoportnál, és direkt szűrést végeztünk a ProfScreen csoportnál. A vizsgálat másik limitációja, hogy a kontroll csoportot etikai megfontolásokból nem hagytuk teljesen segítségnyújtás nélkül, így itt is történt, ún. minimális intervenció, ugyanazokat a mentális egészségről szóló, „awareness” elemeket tartalmazó posztereket kitettük az osztálytermekben, mint amiket a YAM

programban használtunk, azonban a YAM program többi részét, az előadásokat, a prospektust és a szerepjátékokat itt nem használtuk. Ez azonban csak azt veti fel, hogy esetleg eredményeink alapján alábecsült a YAM program hatékonysága. Továbbá az még felmerül, amit már korábban felvetettem, hogy a QPR és a ProfScreen program annyira hatékony, mint ezeknek a posztereknek a kihelyezése az osztálytermekbe. Mint minden vizsgálatnak, ennek is limitációja, hogy csak azokat a diákokat tudtuk vizsgálni és bevonni a különböző prevenciós programokba, akiknek a szüleik és ők maguk is beleegyeztek a vizsgálatban való részvételbe. Felmerül, hogy az a populáció esetleg veszélyeztetettebb mentális problémákra, akiknek a szüleik és/vagy ők maguk nem egyeznek bele egy mentális egészséget vizsgáló kutatásba. Erre vonatkozóan értelemszerűen nincsenek adataink. Azonban a SEYLE kérdőívnek volt egy utolsó, nyitott kérdése, hogy milyen megjegyzései vannak a diáknak a SEYLE vizsgálattal kapcsolatban, és épp a hazai centrumban írták többen, hogy bár nagyon hasznosnak találták a programot, de pont azok az osztálytársaik nem vettek részt a vizsgálatban, akiknek igazán nagy szükségük lett volna rá. Ennek megoldása lehet - mivel a YAM program öngyilkosság prevenciós hatékonyságát vizsgálatunk bizonyította - hogy a program rutinszerűen beépüljön az iskolák életébe.

Érdekes, hogy ugyanennél a nyitott kérdésnél, amit fentebb leírtam, vetették fel diákok, hogy a „Szüleimnek is hasznos lenne hasonló program”. Azt gondolom, hogy a szülőknek tartott akár gatekeeper, akár awareness program jelentősen segítheti a későbbiekben, hogy a szülők szívesen beleegyezzenek, hogy gyermekük hasonló mentális egészségfejlesztő, öngyilkosság prevenciós programban résztvegyen. Ez hazánkban különösen fontos lehet, ugyanis a SEYLE vizsgálatban résztvevő országok közül hazánkban volt a legalacsonyabb, 40,16% a szülői beleegyezési arány. Itt megjegyezném, hogy ezzel szemben a diákok beleegyezése aránya igen magas volt hazánkban, 96,05% (bár itt már csak azoknak a diákoknak kértük a beleegyezését, akinek a szülője beleegyzett, hisz etikai okokból csak őket tájékoztathattuk és kérhettük beleegyezésüket a vizsgálatba). Felvetném, hogy ez a vizsgálatához való hozzáállásban látható nagy különbség a fiatal és a felnőtt korosztály között tükröződik vissza némileg az eredményekben, miszerint a programnak az a része, ami a fiatalokat célozta meg, hatékony volt, míg a tanárokat megcélzó program (ld. fentebb), illetve a szűrés, ahol szintén felnőttek játszottak szerepet, nem.

A vizsgálat erősségeként kiemelném: 1) a randomizált, kontrollált elrendezést, 2) a nagy esetszámú mintát Európa különböző térségeiből, 3) azt, hogy 3 és 12 hónapos utánkövetés is történt a prevenciós programok után, 4) a magas utánkövetési arányt, 5) valamint, hogy mind a súlyos öngyilkossági gondolatok, mind az öngyilkossági kísérlet kimeneteli változóként szerepeltek.

További vizsgálatok szükségesek, melyek a YAM program hatékonyságát mutató vizsgálatunkat replikálják, valamint felméri a YAM program költséghatékonyságát, továbbá szükséges lenne a különböző csoportokat, pl. diákokat, pedagógusokat, szülőket megcélzó különböző intervenciók, pl. awareness programok kombinálásának vizsgálata is.

A YAM program gyakorlati alkalmazásáról érdemes megemlíteni, hogy az értekezésem írásakor már Angliában, Ausztráliában és Svédországban a középiskolákban az illetékes minisztériumok által már bevezetésre került (Balázs, 2017).

*Összefoglalóan* kiemelném, hogy randomizált, kontrollált vizsgálat során - mely tudomásom szerint az első Európában, ami iskolai keretek között történő öngyilkosság megelőző programok hatékonyságát méri - a YAM program hatékonynak bizonyult. A nemzetközi és hazai adaptációja során kapott visszajelzések alapján igen pozitív a fogadtatása a fiatalok között. Mindezért javaslom a YAM program bevezetése a hazai iskolákba is, hogy minden fiatal részesülhessen bizonyítottan hatékony prevencióban.

## 7. ÖSSZEFOGLALÁS, ÚJ EREDMÉNYEK

Értekezésemben ismertetett kutatásaink során, úgy vélem, sikerült célkitűzésemnek megfelelően újabb lépést tennünk a hatékonyabb szuicid prevenció érdekében az öngyilkos magatartás további, korábban nem leírt rizikófaktorainak beazonosításával, illetve a korábban már ismert rizikófaktorok pontosításával, valamint hatékony fiatalkori öngyilkosság megelőző program kidolgozásával. Eredményeim közül a következőket javaslom új eredményként elfogadni:

1. Elsőként vizsgáltuk a depressziós kevert epizód előfordulási gyakoriságát öngyilkossági kísérletet elkövető személyeknél: a major depressziós epizód diagnózisú, illetve disztímiás zavar diagnózisú öngyilkossági kísérletet elkövetők közel háromnegyedénél (71%-ánál) állt fenn egyidejűleg legalább 3 hipomániás tünet is. Elsőként támasztottuk alá a “másik oldalról” - tehát öngyilkossági kísérletet elkövetőknél vizsgálva depressziós kevert epizódot, korábban depresszív kevert epizódú betegeknél vizsgálták az öngyilkos magatartást - azokat a korábbi vizsgálatokat, amelyek a depressziós kevert epizód és az öngyilkossági kísérlet kapcsolatáról számoltak be.

*Vizsgálatunk a depressziós kevert epizód mint szuicid rizikófaktor jelentőségére hívja fel a figyelmet.*

2. Elsőként vizsgáltuk az öngyilkos magatartás és az ADHD tüneteinek (tehát a küszöb alatti és a klasszifikációs rendszerek kritériumát kimerítő állapotnak is) az összefüggését kezelés alatt még nem álló klinikai mintán. Vizsgálatunk mind gyermekek, mind serdülők körében megerősíti és kiegészíti azokat a korábbi kutatásokat, amelyek az ADHD, illetve az ADHD tünetei és az öngyilkos magatartás között pozitív kapcsolatot írták le, továbbá eredményeink azt mutatták, hogy a komorbid zavarok teljes mértékben mediálnak az ADHD és az öngyilkos magatartás között a vizsgált csoportban.

Továbbá vizsgálatunk az első, ami egy vizsgálaton belül összehasonlította az öngyilkos magatartás és az ADHD tüneteinek lehetséges együttjárását gyermekek és serdülők között. A korábbi vizsgálatokhoz képest új eredményünk, hogy a komorbid zavarok, melyek mediálnak az ADHD tünetei és az öngyilkos magatartás



között, különböznek gyermek- és serdülőkorban. Míg gyermekeknél a szorongásos zavarok, mint szeparációs szorongás, specifikus fóbia és szociális fóbia tünetei bizonyultak szignifikáns mediátornak az ADHD tünetei és az öngyilkos magatartás között, addig serdülőknél a major depressziós epizód, a disztímia és a pszichoaktív szerhasználat tünetei.

*Vizsgálatunk gyermek-, és serdülőkorban az ADHD tüneteinek és a különböző komorbid kórképeknek mint öngyilkossági rizikófaktoroknak a jelentőségére hívja fel a figyelmet.*

3. Elsőként vizsgáltuk az NSSI és az ADHD tüneteinek (tehát a küszöb alatti és klasszifikációs rendszerek kritériumát kimerítő állapotnak is) az összefüggését klinikai serdülő mintán. Vizsgálatunk eredményei azt mutatják, hogy az ADHD tüneteinek nincs közvetlen/direkt szignifikáns hatása az NSSI előfordulására, azonban az ADHD tüneteinek a komorbid mentális zavarokon keresztül indirekt hatása van az NSSI előfordulására. Az ADHD és az NSSI közötti kapcsolatot a komorbid zavarok közül mindkét nemben mediálják a hangulatzavarok, a pszichotikus zavarok és az öngyilkos magatartás tünetei, míg lányoknál az alkohol abúzus és dependencia tünetei is.

*Vizsgálatunk serdülőkorban az ADHD tüneteinek és különböző komorbid kórképeknek mint NSSI rizikófaktoroknak a jelentőségére hívja fel a figyelmet.*

4. Elsőként írtuk le, hogy azoknál a serdülőknél, akiknél küszöb alatti depressziós zavar áll fenn, háromszoros az esély, hogy öngyilkos magatartásuk legyen, azokhoz képest, akiknél nem áll fenn depresszió, míg a küszöb alatti szorongásos zavarú fiataloknak kétszeres az esélyük, hogy öngyilkos magatartásuk legyen, azokhoz képest, akiknél nem áll fenn szorongásos zavar. Tehát ezen küszöb alatti kórképek felismerése és adekvát kezelése is jelentős lépés lehet az öngyilkosságok megelőzése terén.

*Vizsgálatunk a küszöb alatti depresszió és szorongás mint öngyilkossági rizikófaktorok jelentőségére hívja fel a figyelmet.*

5. Először vizsgáltuk az életminőség konstruktumát mint mediátor változót a pszichopatológia és az öngyilkosság között. Eredményeink alapján az életminőség

mediál az internalizáló zavarok és az öngyilkos magatartás között, míg nem játszik mediátor szerepet az externalizáló zavarok - beleértve az ADHD-t - és az öngyilkos magatartás között.

*Vizsgálatunk az életminőség mint öngyilkossági rizikófaktor jelentőségére hívja fel a figyelmet internalizáló zavarok esetén.*

6. Új eredményünk serdülőknek iskolai keretek között történő, fiatalokat megcélzó „awareness” (önhatékonyság fejlesztő) öngyilkosság prevenciós program (YAM) kidolgozásában részvétel, hazai adaptálása, továbbá ennek az újonnan kidolgozott program hatékonyságának bizonyítása az első európai multicentrikus randomizált, kontrollált vizsgálat során.

*Vizsgálatunk a YAM program mint hatékony serdülőkori öngyilkossági megelőző programra hívja fel a figyelmet.*

## IRODALOM

- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioural and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Aglan, A., Kerfoot, M., Pickles, A. (2008). Pathways from adolescent deliberate self-poisoning to early adult outcomes: a six-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 508-515.
- Agosti, V., Chen, Y., Levin, F.R. (2011). Does Attention Deficit Hyperactivity Disorder increase the risk of suicide attempts? *Journal of Affective Disorders*, 133, 595-599.
- Airaksinen, E.M., Michelsson, K., Jokela, V. (2004). The occurrence of inattention, hyperactivity, impulsivity and coexisting symptoms in a population study of 471 6-8-year old children based on the FTF (Five to Fifteen) questionnaire. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl 3), 23-30.
- Akiskal, H.S. (1996). The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(2 Suppl 1), 4S-14S.
- Akiskal, H.S., Azorin, J.M., Hantouche, E.G. (2003). Proposed multidimensional structure of mania: beyond the euphoric-dysphoric dichotomy. *Journal of Affective Disorders*, 73, 7-18.
- Akiskal, H.S., Benazzi, F. (2003). Family history validation of the bipolar nature of depressive mixed states. *Journal of Affective Disorders*, 73, 113-122.
- Akiskal, H.S., Benazzi, F. (2005). Toward a clinical delineation of dysphoric hypomania - operational and conceptual dilemmas. *Bipolar Disorders*, 7, 456-464.
- Akiskal, H.S., Benazzi, F., Perugi, G., Rihmer, Z. (2005). The nosologic status of agitated „unipolar” depression re-conceptualized as a bipolar mixed state: Implications for the antidepressant-suicide controversy. *Journal of Affective Disorders*, 85, 245-258.
- Akiskal, H.S., Benazzi, F. (2006). Does the FDA proposed list of possible correlates of suicidality associated with antidepressants apply to an adult private practice population? *Journal of Affective Disorders*, 94, 105-110.

- Alavi, N., Reshetukha, T., Prost, E., Antoniak, K., Patel, C., Sajid, S., Groll, D. (2017). Relationship between Bullying and Suicidal Behaviour in Youth presenting to the Emergency Department. *Journal of Canadian Academic Child Adolesc Psychiatry*, 26, 70-77.
- Algorta, G.P., Youngstrom, E.A., Frazier, T.W., Freeman, A.J., Youngstrom, J.K., Findling, R.L. (2011). Suicidality in pediatric bipolar disorder: predictor or outcome of family processes and mixed mood presentation? *Bipolar Disorders*, 13, 76-86.
- Allely, C.S. (2014). The association of ADHD symptoms to self-harm behaviours: a systematic PRISMA review. *BioMed Central Psychiatry*, 14, 133.
- Allgaier, A.K., Pietsch, K., Frühe, B., Prast, E., Sigl-Glöckner, J., Schulte-Körne, J. (2012). Depression in pediatric care: is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? *General Hospital Psychiatry*, 34, 234-241.
- Almási, K., Belső, N., Kapur, N., Webb, R., Cooper, J., Hadley, S., Kerfoot, M., Dunn, G., Sótónyi, P., Rihmer, Z., Appleby, L. (2009). Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. *BMC Psychiatry*, 28, 45.
- Alves, Vde. M., Francisco, L.C., Belo, F.M., de-Melo-Neto, V.L., Barros, V.G., Nardi, A.E. (2016). Evaluation of the quality of life and risk of suicide. *Clinics (Sao Paulo)*, 71, 135-139.
- American Association of Suicidology. Youth suicide fact sheet. <http://www.suicidology.org/resources/facts-statistics>. Utolsó megtekintés: 2017.11.01.
- American Foundation for Suicide Prevention: Recommendations for reporting on suicide: <http://afsp.org/wp-content/uploads/2016/01/recommendations.pdf> Utolsó megtekintés: 2017.09.11.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: *American Psychiatric Association*.

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edn. (DSM-5). Washington, DC: *American Psychiatric Association*.
- Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R., Silva, P.A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69- 76.
- Andrade-Machado, R., Ochoa-Urrea, M., Garcia-Espinosa, A., Benjumea-Cuartas, V., Santos-Santos, A. (2015). Suicidal risk, affective dysphoric disorders, and quality-of-life perception in patients with focal refractory epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 45, 254-260.
- Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., Mitchell, P.B. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of Psychiatry Research*, 88, 113-120.
- Angold, A., Costello, E.J., Worthman, C.M. (1998). Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28, 51-61.
- Angst, J., Merikangas, K.R., Preising, M. (1997). Subthreshold Syndromes of Depression and Anxiety in the Community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (Suppl 8), 6-10.
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D., Rössler, W. (2003). Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders*, 73, 133-146.
- Apter, A. (2001). Adolescent suicide and attempted suicide. In D Wasserman: Suicide-An Unnecessary Death. Martin Dunitz, London. 78–98 old.
- Apter, A. (2010). Suicidal behaviour in adolescence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 271-273.
- Arató, M., Demeter, E., Rihmer, Z., Somogyi, E. (1988). Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 454-456.
- Aseltine, R.H. (2003). Evaluation of a school based suicide prevention program. *The Journal of Adolescent and Family Health*, 3, 81-88.

- Aseltine, R.H., DiMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *The American Journal of Public Health*, 94, 446-451.
- Aseltine, R.H., James, A., Schilling, E.A., Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 7, 161.
- Aszmann, A. (szerk.) (2003). HBSC Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása Nemzeti Jelentés, Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest.
- August, G.J., Ostrander, R., Bloomquist, M.J. (1992). Attention-deficit hyperactivity disorder – an epidemiologic screening method. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 387-396.
- Bácskai, E., Czobor, P., Gerevich J. (2012). Trait aggression, depression and suicidal behavior in drug dependent patients with and without ADHD symptoms. *Psychiatry Research*, 30, 719-723.
- Balázs, J., Bitter, I., Hideg, K., Vitrai, J. (1998). A M.I.N.I. és a M.I.N.I. Plusz kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása. *Psychiatria Hungarica*, 13, 160-168.
- Balázs, J., Bitter, I. (2000). A M.I.N.I. Plusz kérdőív kritérium validitás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 15, 134-144.
- Balázs, J., Bitter, I., Lecrubier, Y., Csiszér, N., Ostorharics, Gy. (2000). Prevalence of Subthreshold Forms of Psychiatric Disorders in Persons Making Suicide Attempts in Hungary. *European Psychiatry*, 15, 354-361.
- Balázs, J., Kiss, K., Szádóczky, E., Bolyós, Cs., Laczkó, K., Szabó, J., Bitter, I. (2001). A M.I.N.I. Plusz és a DIS kérdőív validitás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16, 5-11.
- Balazs, J., Lecrubier, Y., Csiszer, N., Kosztak, J., Bitter, I. (2003). Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 76, 113-119.
- Balázs, J., Bíró, A., Dálnoki, D., Lefkovics, E., Tamás, Z., Nagy, P., Gádoros, J. (2004). A Gyermek M.I.N.I. kérdőív magyar nyelvű változatának ismertetése. *Psychiatria Hungarica*, 19, 358-364.

- Balázs, J., Gádoros, J. (2005). Komorbiditás a gyermekpszichiátriában: Valóban olyan gyakori a mániás epizód - ADHD együttes jelentkezése? *Psychiatria Hungarica*, 20, 293-298.
- Balazs, J., Benazzi, F., Rihmer, Z., Rihmer, A., Akiskal, K.K., Akiskal, H.S. (2006). The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention. *Journal of Affective Disorders*, 91, 133-138.
- Balázs, J. (2007). A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar: tünetek, diagnózis és kezelés. *Gyermekegyógyászat*, 6, 314-318.
- Balázs, J. (2009). Mániás és depressziós kevert állapotok: tünettan, szuicid rizikó és farmakoterápia. *Psychiatria Hungarica*, 24S, 12-19.
- Balázs, J., Kapornai, K. (2012). Öngyilkosság gyermek- és serdülőkorban. In: Az öngyilkosság orvosi szemmel. Szerk: Kalmár, S., Németh, A., Rihmer, Z. Budapest: *Medicina*, 124-136 old.
- Balázs, J., Rihmer, Z. (2012). Suicide and Bipolar disorder. In: Suicide from a Global Perspective: Psychiatric Approaches. Szerk: Shrivastava, A., Kimbrell, M., Lester, D. New Jersey: *Nova Science Publishers*, 165-178 old.
- Balázs, J. (2013). Fiatalkori öngyilkosság: kockázati tényezők és megelőzési lehetőségek. *Gyermekegyógyászati Továbbképző Szemle*, 18, 172-174.
- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, A., Hoven, C.W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J.P., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., Saiz, P.A., Sisask, M., Snir, A., Tubiana, A., Varnik, A., Sarchiapone, M., Wasserman, D. (2013a). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 670-677.
- Balazs, J., Kereszteny, A., Pelbat, G., Sinka, L., Szilvas, F., Torzsa, T. (2013b). Online media report on a hungarian double suicide case: comparison of consecutively published articles. *Psychiatria Danubina*, 25, 248-254.
- Balázs, J., Keresztény, A. (2014). Subthreshold attention deficit hyperactivity in children and adolescents: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 393-408.

- Balazs, J., Miklósi, M., Keresztény, A., Dallos, G., Gádoros, J. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder and suicidality in a treatment naïve sample of children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 282-287.
- Balázs, J. (2015a). Öngyilkos magatartás zavara és nem-szuicidális önsértés. In: Gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve. Szerk: Balázs, J., Miklósi, M. Budapest: *Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió*, 185-190 old.
- Balázs, J. (2015b). Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar/Hiperkinetikus zavar. In: Gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve. Szerk: Balázs, J., Miklósi, M. Budapest: *Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió*, 9-76 old.
- Balázs, J. (2015c). Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar: Miért és hogyan ismerjük fel, és milyen kezelési lehetőségei vannak? *Gyermekeorvosi Továbbképzés*, 14, 2-5.
- Balázs, J. (2017). Serdülőkorai mentális egészségfejlesztő program a középiskolákban: A YAM program bemutatása. *Gyermekegyógyászat*, 68, 352-357.
- Balázs, J., Keresztény Á. (2015). Klasszifikációs rendszerek. In: Gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve. Szerk: Balázs, J., Miklósi, M. Budapest: *Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió*, 22-26 old.
- Balazs, J., Miklósi, M., Tarnokine, Toro K., Nagy-Varga D. (2016). Reading Disability and Quality of Life Based on Both Self- and Parent-Reports: Importance of Gender Differences. *Frontiers Psychology*, 15, 1942.
- Balázs, J., Keresztény Á. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder and suicide: A systematic review. *World Journal of Psychiatry*, 22, 44-59.
- Balázs, J., Györi, D., Horváth, L.O., Mészáros, G., Szentiványi, D. (2018a). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Nonsuicidal Self-Injury in a Clinical Sample of Adolescents: The Role of Comorbidities and Gender. *BMC Psychiatry*, 6;18, 34.
- Balázs, J., Miklósi, M., Halász, J., Horváth, L.O., Mészáros, G., Szentiványi, D., Vida, P. (2018b). Suicidality, Psychopathology and Quality of Life in a Clinical Population of Adolescents. *Frontiers Psychiatry*, 9, 17.
- Balázs, J., Ferenci-Dallos, G., Keresztény, A., Nagy, P., Tárnok, Zs., Bitter, I., Balogh, L. (2017). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a



hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról gyermek, serdülő és felnőttkorban. *Egészségügyi közlöny*, 3, 1027-1052.

Barbarese, W.J., Colligan, R.C., Weaver, A.L., Voigt, R.G., Killian, J.M., Katusic, S.K. (2013). Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: A prospective study. *Pediatrics*, 131, 637-644.

Barbui, C., Esposito, E., Cipriani, A. (2009). Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *Canadian Medical Association Journal*, 180, 291-297.

Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.

Barzilay, S., Brunstein Klomek, A., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., Hoven, C.W., Sarchiapone, M., Balazs, J., Keresztesy, A., Brunner, R., Kaess, M., Bobes, J., Saiz, P., Cosman, D., Haring, C., Banzer, R., Corcoran, P., Kahn, J.P., Postuvan, V., Podlogar, T., Sisask, M., Varnik, A., Wasserman, D. (2017). Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. *Journal of Adolescence Health*, 61, 179-186.

Bastiaansen, D., Koot, H.M., Bongers, I.L., Varni, J.W., Verhulst, F.C. (2004). Measuring quality of life in children referred for psychiatric problems: Psychometric properties of the PedsQLTM 4.0 generic core scales. *Quality of Life Research*, 13, 489-495.

Bauer, M.S., Simon, G.E., Ludman, E., Unutzer, J. (2005). "Bipolarity" in bipolar disorder: distribution of manic and depressive symptoms in a treated population. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 87-88.

Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T., Fergusson, D.M., Deavoll, B.J. (1996). Nightingale SK. Prevalence and Comorbidity of Mental Disorders in Persons Making Serious Suicide Attempts: A Case-Control Study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1009-1014.

- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R., Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*, 67, 588-597.
- Beitchman, J.H., Young, A.R. (1997). Learning disorders with a special emphasis on reading disorders: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36,1020-1032.
- Ben-Yehuda, A., Aviram, S., Govezensky, J., Nitzan, U., Levkovitz, Y., Bloch, Y. (2012). Suicidal behavior in minors-diagnostic differences between children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 33, 542-547.
- Benazzi, F., Akiskal, H.S. (2001). Delineating bipolar II mixed states in the Ravenna-San Diego collaborative study: the relative prevalence and diagnostic significance of hypomanic features during major depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, 67, 115-122.
- Benazzi, F. (2003a). How could antidepressants worsen unipolar depression? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 107-108.
- Benazzi, F. (2003b). Depression with racing thoughts. *Psychiatry Research*, 120, 273-282.
- Benazzi, F. (2004). Mixed states in bipolar II disorder: should full hypomania always be required? *Psychiatry Research*, 127, 247-257.
- Benazzi, F., Koukopoulos, A., Akiskal, H.S. (2004). Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression). *European Psychiatry*, 19, 85-90.
- Benazzi, F. (2005a). Family history validation of a definition of mixed depression. *Comprehensive Psychiatry*, 46,159-166.
- Benazzi, F. (2005b). Suicidal ideation and depressive mixed states. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 6-62.
- Benazzi, F. (2006a). Mood patterns and classification in bipolar disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 1-8.
- Benazzi, F. (2006b). Antidepressant-induced or clinician-induced suicidality in depression [letter]? *American Journal of Psychiatry*, 163, 1644.

- Benazzi, F. (2007a). Bipolar disorder—focus on bipolar II disorder and mixed depression. *The Lancet*, 369, 935-945.
- Benazzi, F. (2007b). Bipolar II Disorder: Epidemiology, Diagnosis and Management. *CNS Drugs*, 21, 727-740.
- Bentley, K.H., Cassiello-Robbins, C.F., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., Barlow, D.H. (2015). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37, 72-88.
- Berkels, H., Henderson, J., Henke, N., Kuhn, K., Lavikainen, J., Lehtinen, V., Ozamiz, A., Van den Heede, P., Zenzinger, K. (2004). Mental Health promotion and prevention strategies for coping with anxiety, depression and stress related disorders in Europe. Final Report 2001-2003. Dortmund, Berlin, Dresden: *Federal Institute for Occupational Safety and Health*.
- Berkol, T.D., Yargic, I., Ozyildirim, I., Yazici, O. (2014). Comorbidity of Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in Bipolar Patients: Prevalence, Sociodemographic and Clinical Correlates. *Archives of Neuropsychiatry*, 33, 542-547.
- Berlim, M.T., Mattevi, B.S., Pavanello, D.P., Caldieraro, M.A., Fleck, M.P. (2003). Suicidal ideation and quality of life among adult Brazilian outpatients with depressive disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 193-197.
- Bertha, E.A., Balazs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 589-603.
- Bertolote, J.M., Wasserman, D. (2009). Development of definitions of suicidal behaviours: from suicidal thoughts to completed suicides. In: Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Szerk: Wasserman, D., Wasserman, C. Oxford: *Oxford University Press*, 87-90 old.
- Biederman, J., Newcorn, J., Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T.E., Frazier, E., Johnson, M.A. (2002). Influence of Gender on Attention Deficit

- Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159, 36-42.
- Biederman, J. (2003). Pharmacotherapy for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) decreases the risk for substance abuse: findings from a longitudinal follow-up of youths with and without ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 Suppl 11, 3-8.
- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T.E., Klein, K.L., Price, J.E., Faraone, S.V. (2006). Psychopathology in females with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled, five-year prospective study. *Biological Psychiatry*, 60, 1098-1105.
- Biederman, J., Ball, S.W., Monuteaux, M.C., Mick, E., Spencer, T.J., McCreary, M., Cote, M., Faraone, S.V. (2008). New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 426-434.
- Biederman, J., Petty, C.R., Evans, M., Small, J., Faraone, S.V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research*, 177, 299-304.
- Biondi, M., Picardi, A., Pasquini, M., Gaetano, P., Pancheri, P. (2005). Dimensional psychopathology of depression: detection of an 'activation' dimension in unipolar depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 84, 133-139.
- Birkás, E., Lakatos, K., Tóth, I., Gervai, J. (2008). Screening childhood behaviour problems using short questionnaires I: the Hungarian version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Psychiatria Hungarica*, 23, 358-365.
- Bottlender, R., Sato, T., Kleindienst, N., Strauss, A., Moller, H.J. (2004). Mixed depressive features predict manifold switch during treatment of depression in bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorders*, 78, 149-152.
- Brent, D.A., Birmaher, B., Kolko, D., Baugher, M., Bridge, J. (2001). Subsyndromal depression in adolescents after a brief psychotherapy trial: course and outcome. *Journal of Affective Disorders*, 63, 51-58.

- Brezo, J., Paris, J., Tremblay, R., Vitaro, F., Zoccolillo, M., Hébert, M., Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychological Medicine*, 36, 191-202.
- Bridge, J.A., Goldstein, T.R., Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 372-394.
- Briere, J., Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609-620.
- Broadhead, W.E., Blazer, D.G., George, L.K., Tse, C.K. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*, 264, 2524-2528.
- Brown, R.T., Freeman, W.S., Perrin, J.M., Stein, M.T., Amler, R.W., Feldman, H.M., Pierce, K., Wolraich, M.L. (2001). Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary settings. *Pediatrics*, 107, E43.
- Brown, G.K., Have, T.T., Henriques, G.R., Hollander, J.E., Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, 294, 563-570.
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C.W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Resch, F., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosman, D., Haring, C., Iosuec, M., Kahn, J-P, Keeley, H., Meszaros, G., Nemes, B., Podlogar, T., Postuvan, V., Saiz, P.A., Sisask, M., Tubiana, A., Varnik, A., Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 337-348.
- Buda, B., Füredi, J. (szerk.) (1986). Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából. Budapest: *Magyar Pszichiátriai Társaság*.
- Burgher, M.S., Barnekow-Barnekow, V., Rivett, D. (1999). European Network of Health Promoting Schools, ENHPS. Copenhagen: *International Planning Committee*.

- Busch, K.A., Fawcett, J., Jacobs, D.G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 14-19.
- Bussing, R., Mason, D.M., Bell, L., Porter, P., Garvan, C. (2010). Adolescent Outcomes of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Diverse Community Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 595-605.
- Bussing, R., Porter, P., Zima, B.T., Mason, D., Garvan, C., Reid, R. (2012). Academic Outcome Trajectories of Students With ADHD: Does Exceptional Education Status Matter? *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20, 131-143.
- Byrne, B.M., Stewart, S.M., Lee, P.W.H. (2004). Validating the Beck Depression Inventory-II for Hong Kong Community Adolescents. *International Journal of Testing*, 4, 199-216.
- CAMHEE project team. Child and adolescent mental health in enlarged European Union: development of effective policies and practices, CAMHEE. [http://www.camhee.eu/about\\_project/](http://www.camhee.eu/about_project/). Utolsó megtekintés: 2018.01.01.
- Carli, V., Jovanovic, N., Podlesek, A., Roy, A., Rihmer, Z., Maggi, S., Marusic, D., Cesaro, C., Marusic, A., Sarchiapone, M. (2010). The role of impulsivity in self-mutilators, suicide ideators and suicide attempters - a study of 1265 male incarcerated individuals. *Journal of Affective Disorders*, 123, 116-122.
- Carlier, I.V.E., Gersons, B.P.R. (1995). Partial posttraumatic stress disorder (PTSD): the issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 107-109.
- Carter, R.M., Wittchen, H.U., Pfister, H., Kessler, R.C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 13, 78-88.
- Cassano, G.B., Rucci, P., Frank, E., Fagiolini, A., Dell'Osso, L., Shear, M.K., Kupfer, D.J. (2004). The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: Arguments for unitary approach. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1264-1269.
- Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., Blumenthal, J. D., James, R. S., Ebens, C. L., Walter, J. M., Zijdenbos, A., Evans, A. C., Giedd, J. N., Rapoport, J. L. (2002). Developmental trajectories of

- brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*, 288, 1740-1748.
- Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M., Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Cavallo, F., Zambon, A., Borraccino, A., Raven-Sieberer, U., Torsheim, T., Lemma, P. (2006). Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, 15, 1577-1585.
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F., Gratz, K.L. (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 337-347.
- Chatzittofis, A., Nordström, P., Hellström, C., Arver, S., Åsberg, M., Jokinen, J. (2013). CSF 5-HIAA, cortisol and DHEAS levels in suicide attempters. *European Neuropsychopharmacology*, 23, 1280-1287.
- Cheng, A.T., Hawton, K., Lee, C.T., Chen, T.H.H. (2007). The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: a population-based study. *International Journal of Epidemiology*, 36, 1229-1234.
- Cheng, S.H., Lee, C.T., Chi, M.H., Sun, Z.J., Chen, P.S., Chang, Y.F., Yang, Y.C. (2016). Factors Related to Self-Reported Attention Deficit Among Incoming University Students. *Journal of Attention Disorders*, 20, 54-62.
- Cherpitel, C.J., Borges, G.L., Wilcox, H.C. (2004). Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(5 Suppl), 18-28.
- Cho, S.C., Kim, J.W., Choi, H.J., Kim, B.N., Shin, M.S., Lee, J.H., Kim, E.H. (2008). Associations between symptoms of attention deficit hyperactivity disorder, depression, and suicide in Korean female adolescents. *Depression and Anxiety*, 25, E142-E146.
- Cho, S.C., Kim, H.W., Kim, B.N., Shin, M.S., Yoo, H.J., Kim, J.W., Bhang, S.Y., Cho, I.H. (2011). Are Teacher Ratings and Parent Ratings Differently Associated with Children's Intelligence and Cognitive Performance? *Psychiatry Investigation*, 8, 15-21.

- Chou, I.C., Lin, C.C., Sung, F.C., Kao, C.H. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder increases the risk of deliberate self-poisoning: A population-based cohort. *European Psychiatry*, 29, 523-527.
- Chronis-Tuscano, A., Molina, B.S., Pelham, W.E., Applegate, B., Dahlke, A., Overmyer, M., Lahey, B.B. (2010). Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1044-1051.
- Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O'Connor, E., Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127-1134.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd edn). USA: *Lawrence Erlbaum Associates*.
- Conner, K.R., Duberstein, P.R. (2004). Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 6-17.
- Conwell, Y., Duberstein, P. (2005). Suicide in older adults: determinants of risk and opportunities for prevention. In: Hawton K, ed. Prevention and treatment of suicidal behaviour. *New York: Oxford University Press*. 221-237 old.
- Costello, E.J., Farmer, E.M., Angold, A., Burns, B.J., Erkanli, A. (1997). Psychiatric disorders among American Indian and white youth in Appalachia: the Great Smoky Mountains Study. *American Journal of Public Health*, 87, 827-32.
- Coulehan, J., Schulberg, H.C., Block, M.R., Janosky, J.E., Arena, V.C. (1990). Depressive symptomatology and medical co-morbidity in a primary care clinic. *The International Journal of Psychiatry*, 20, 335-347.
- Crowell, S.E., Beauchaine, T.P., McCauley, E., Smith, C.J., Stevens, A.L., Sylvers, P. (2005). Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls. *Developmental Psychopathology*, 17, 1105-1127.
- Crowell, S.E., Beauchaine, T.P., Hsiao, R.C., Vasilev, C.A., Yaptangco, M., Linehan, M.M., McCauley, E. (2012). Differentiating adolescent self-injury from



- adolescent depression: possible implications for borderline personality development. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 45–57.
- Cuijpers, P., Boluijt, P., van Straten, A. (2008). Screening of depression in adolescents through the internet. Sensitivity and specificity of two screening questionnaires. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 32-38.
- Cukrowicz, K.C., Taylor, J., Schatschneider, C., Iacono, W.G. (2006). Personality differences in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 151-159.
- Csorba, J., Dinya, E., Plener, P., Nagy, E., Páli, E. (2009). Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18:309-320.
- Csorba, J., Dinya, E., Ferencz, E., Páli, E., Nagy, E., Horváth, A., Vados, M. (2010). A study of Hungarian adolescent outpatients suffering from self-injurious behaviour. *Psychiatr Danubina*, 22, 39-45.
- Dallos, G., Keresztény, Á., Miklósi, M., Gádoros, J., Balázs, J. (2014). Why are Children and Adolescents Referred for Psychiatric Assessment without Fulfilling Diagnostic Criteria for any Psychiatric Disorder? *Child and Adolescent Mental Health*, 19, 199-207.
- Dallos, G., Miklósi, M., Keresztény, Á., Velő, Sz., Szentiványi, D., Gádoros, J., Balázs, J. (2017). Self- and Parent-Rated Quality of Life of a Treatment Naïve Sample of Children With ADHD: The Impact of Age, Gender, Type of ADHD, and Comorbid Psychiatric Conditions According to Both a Categorical and a Dimensional Approach. *Journal of Attention Disorders*, 21, 721-730.
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E.J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.C., Taylor, E., Zuddas, A., Coghill, D. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 83-105.

- Darke, S., Torok, M. (2013). Childhood physical abuse, non-suicidal self-harm and attempted suicide amongst regular injecting drug users. *Drug and alcohol dependence*, 133, 420-426.
- Davidson, J.R.T., Hughes, D.C., George, L.K., Blazer, D.G. (1994). The Boundary of social phobia: exploring the threshold. *Archives of General Psychiatry*, 51, 975-983.
- Daviss, W.B., Diler, R.S. (2012). Suicidal Behaviors in Adolescents With ADHD: Associations With Depressive and Other Comorbidity, Parent-Child Conflict, Trauma Exposure, and Impairment. *Journal of Attention Disorders*, 18, 680-690.
- de Abreu, L.N., Nery, F.G., Harkavy-Friedman, J.M., de Almeida, K.M., Gomes, B.C., Oquendo, M.A., Lafer, B. (2012). Suicide attempts are associated with worse quality of life in patients with bipolar disorder type I. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 125-129.
- de Silva, S., Parker, A., Purcell, R., Callahan, P., Liu, P., Hetrick, S. (2013). Mapping the evidence of prevention and intervention studies for suicidal and self-harming behaviors in young people. *Crisis*, 34, 223-232.
- Dervic, K., Akkaya-Kalayci, T., Kapusta, N.D., Kaya, M., Merl, E., Vogel, E., Pellegrini, E., Friedrich, M.H. (2007). Suicidal ideation among Viennese high school students. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 119, 174-180.
- Diekstra, R.F.W. (1989). Suicide and attempted suicide: An international perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (Suppl 354), 1-24.
- Dilsaver, S., Benazzi, F., Rihmer, Z., Akiskal, K.K., Akiskal, H.S. (2005a). Gender, suicidality and bipolar mixed states in adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 87, 11-16.
- Donath, C., Graessel, E., Baier, D., Bleich, S., Hillemacher, T. (2014). Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatrics*, 26, 113.
- Donev, R., Gantert, D., Alawam, K., Edworthy, A., Hässler, F., Meyer-Lindenberg, A., Dressing, H., Thome, J. (2011). Comorbidity of schizophrenia and adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(Suppl1), 52-56.

- Döme, P., Latary, J., Kalapos, M., Rihmer, Z. (2010). Smoking, nicotine and neuropsychiatric disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 295-342.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Rodrigues T. (2015). Being bullied and feeling ashamed: Implications for eating psychopathology and depression in adolescent girls. *Journal of Adolescence*. 44, 259-268.
- Duberstein, P.R., Conwell, Y. (1997). Personality disorders and completed suicide: a methodological and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 359-376.
- EADD project team. European Alliance Against Depression. <http://www.eaad.net/>  
Utolsó megtekintés: 2017.09.25.
- Eiser, C., Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 10, 347-357.
- Escobar, J.I., Golding, J.M., Hough, R.L., Karno, M., Burnam, M.A., Wells, K.B. (1987) Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *American Journal of Public Health*, 77, 837-840.
- Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2015. (2017). *Központi Statisztikai Hivatal*, Budapest.
- Eiser, C., Eiser, J.R., Stride, C.B. (2005). Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their mothers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 29.
- European Commission. Monitoring of Suicidal Behaviour in Europe, MONSUE [http://ec.europa.eu/health/projects/2003/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/projects/2003/index_en.htm). Utolsó megtekintés: 2017.09.25.
- Eurostat.  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00122>, Utolsó megtekintés: 2017.11.02.
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 239-250.

- Evren, C., Dalbudak, E., Evren, B., Can, Y., Umut, G. (2014). The severity of attention deficit hyperactivity symptoms and its relationship with lifetime substance use and psychological variables among 10th grade students in Istanbul. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1665-1670.
- Fagiolini, A., Kupfer, D.J., Rucci, P., Scott, J.A., Novick, D.M., Frank, E. (2004). Suicide attempts and ideation in patients with bipolar I disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 985-991.
- Fairweather-Schmidt, A.K., Batterham, P.J., Butterworth, P., Nada-Raja, S. (2016). The impact of suicidality on health-related quality of life: A latent growth curve analysis of community-based data. *Journal of Affective Disorders*, 31, 14-21.
- Falcone, T., Mishra, L., Carlton, E., Lee, C., Butler, R.S., Janigro, D., Simon, B., Franco, K. (2010). Suicidal behavior in adolescents with first-episode psychosis. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 4, 34-40.
- Farabaugh, A., Bitran, S., Nyer, M., Holt, D.J., Pedrelli, P., Shyu, I., Hollon, S.D., Zisook, S., Baer, L., Busse, W., Petersen, T.J., Pender, M., Tucker, D.D., Fava, M. (2012). Depression and suicidal ideation in college students. *Psychopathology*, 45, 228-234.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Monuteaux, M. C. (2000). Toward guidelines for pedigree selection in genetic studies of attention deficit hyperactivity disorder. *Genetic Epidemiology*, 18, 1-16.
- Feingold, D., Nitzan, U., Ratzoni, G., Lev-Ran, S. (2014). Clinical Correlates of Alcohol Abuse among Adolescent Psychiatric Inpatients in Israel. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51, 258-260.
- Fekete, S., Schmidtke, A. (1995). Szuicídium – Modellkövetés – Család. *Psychiatria Hungarica*, 10, 131-137.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Ridder, E.M., Beautrais, A.L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 62, 66-72.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., Horwood, L.J. (2010). Classification of Behavior Disorders in Adolescence: Scaling Methods, Predictive Validity, and Gender Differences. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 699-712.

- Ferriss, L.A. (2004). The quality of life concept in sociology. *American Sociology*, Fall, 37-51.
- Fischer, S., Le Grange, D. (2007). Comorbidity and high-risk behaviors in treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 751-753.
- Fleischmann, A., Bertolote, J.M., Belfer, M., Beautrais, A. (2005). Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: A critical examination of the evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 676-683.
- Foley, D.L., Goldston, G.B., Costello, E.J., Angold, A. (2006). Proximal Psychiatric Risk Factors for Suicidality in Youth. The Great Smoky Mountains Study. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1017-1024.
- Food and Drug Administration. (2004).  
<http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/UCM173233.pdf>. Utolsó megtekintés: 2015.11.16.
- Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R.. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 447-452.
- Franko, D.L., Keel, P.L. (2006). Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 26, 769-782.
- Fulwiler, C., Forbes, C., Santangelo, S.L., Folstein, M. (1997). Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 69-77.
- Furczyk, K., Thome, J. (2014). Adult ADHD and suicide. *ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 6, 153-158.
- Galaif, E.R., Sussman, S., Newcomb, M.D., Locke, T.F. (2007). Suicidality, depression, and alcohol use among adolescents: a review of empirical findings. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 19, 27-35.
- Galéra, C., Bouvard, M.P., Encrenaz, G., Messiah, A., Fombonne, E. (2008). Hyperactivity- inattention symptoms in childhood and suicidal behaviors in adolescence: the Youth Gazel Cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 480-489.

- Gallerani, C.M., Garber, J., Martin, N.C. (2010). The temporal relation between depression and comorbid psychopathology in adolescents at varied risk for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 242-249.
- Garber, J., Clarke, G.N., Weersing, V.R., Beardslee, W.R., Brent, D.A., Gladstone, T.R., DeBar, L.L., Lynch, F.L., D'Angelo, E., Hollon, S.D., Shamseddeen, W., Iyengar, S. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents. A randomized controlled trial. *JAMA*, 301, 2215-2224.
- Garcia-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., de Leon-Martinez, V., Baca-Garcia, E. (2014). Clinical Features Associated with Suicide Attempts versus Suicide Gestures in an Inpatient Sample. *Archives of Suicide Research*, 18, 419-431.
- Gau, S.S.F., Chiang, H.L. (2009). Sleep Problems and Disorders among Adolescents with Persistent and Subthreshold Attention-deficit/Hyperactivity Disorders. *Sleep*, 32, 671-679.
- Gau, S.S.F., Lin, Y.J., Cheng, A.T.A., Chiu, Y.N., Tsai, W.C., Soong, W.T. (2010). Psychopathology and symptom remission at adolescence among children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 323-332.
- Gatta, M., Dal Santo, F., Rago, A., Spoto, A., Battistella, P.A. (2016). Alexithymia, impulsiveness, and psychopathology in nonsuicidal self-injured adolescents. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2307-2317.
- Georgiades, K., Lewinshon, P.M., Monroe, S.M., Seeley, J.R. (2006). Major depressive disorder in adolescence: the role of subthreshold symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 936-944.
- Gibbons., R.D., Brown, C.H., Hur, K., Marcus, S.M., Bhaumik, D.K., Erkens, J.A., Herings, R.M., Mann, J.J. (2007). Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1356-1363.
- Gini, G., Espelage, D.L. (2014). Peer victimization, cyberbullying, and suicide risk in children and adolescents. *JAMA*, 312, 545-546.

- Gittelman, R., Mannuzza, S., Shenker, R., Bonagura, N. (1985). Hyperactive boys almost grown up. I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 42, 937-947.
- Goldney, R.D., Fisher, W., Wilson, D.H., Cheok, F., (2001). Suicidal ideation and health-related quality of life in the community. *Medical Journal of Australia*, 175, 546-649.
- González-Tejera, G., Canino, G., Ramírez, R., Chávez, L., Shrout, P., Bird, H., Bravo, M., Martínez-Taboas, A., Ribera, J., Bauermeister, J. (2005). Examining minor and major depression in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 888-899.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R., Meltzer, H., Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Goodman, R., Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the child behavior Checklist: is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17-24.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Goodman, G., Gerstadt, C., Pfeffer, C.R., Stroh, M., Valdez, A. (2008). ADHD and aggression as correlates of suicidal behavior in assaultive prepubertal psychiatric inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 46-59.
- Goodwin, F.K., Jamison, K.R. (2007). Manic Depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression. New York: *Oxford University Press*.
- Gould, M.S., Greenberg, T., Velting D.M., Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.

- Gould, M.S., Marrocco, F.A., Kleinman, M., Thomas, J.G., Mostkoff, K., Cote, J., Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA*, 293, 1635-1643.
- Gould, M.S., Marrocco, F.A., Hoagwood, K., Kleinman, M., Amakawa, L., Altschuler, E. (2009). Service use by at-risk youths after school-based suicide screening. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 1931-1201.
- Guan, B., Deng, Y., Cohen, P., Chen, H. (2011). Relative impact of Axis I mental disorders on quality of life among adults in the community. *Journal of Affective Disorders*, 131, 293-298.
- Guendelman, M.D., Owens, E.B., Galan, C., Gard, A., Hinshaw, S.P. (2016). Early-adult correlates of maltreatment in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: Increased risk for internalizing symptoms and suicidality. *Developmental Psychopathology*, 28, 1-14.
- Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1062-1069.
- Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., Moro, M.R. (2016). Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLoS One*, 11, e0153760.
- Gratz, K.L. (2001). Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253-263.
- Häfner, H., Maurer, K., an der Heiden, W. (2013). ABC Schizophrenia study: an overview of results since 1996. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology*, 48, 1021-1031.
- Hammad, T.A., Laughren, T., Racoosin J. (2006). Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Archives of General Psychiatry* 63, 332-339.
- Harris, E.C., Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.



- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., Harriss, L., Jacoby, R. (2006). Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Psychological Medicine*, 36, 1265-1274.
- Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaroe, L.E., Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11, 4-10.
- Hayes, A.F. (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. New York: *Guilford Press*.
- Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A., Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders*, 50, 269-276.
- Hawton, K., Rodman, K., Evans, E. (2006). *By their own young hand*. London: *Kingsley Publishers*.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Harriss, L. (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 693-704.
- Hawton, K., van Heeringen, K. (2002). Introduction. In: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Szerk: In: Hawton, K., Van Heeringen, K. West Sussex: *John Wiley and Sons*. 1-6 old.
- Hawton, K., van Heeringen, K. (2009). Suicide. Review. *The Lancet*, 373, 1372–1381.
- Hecimovic, H., Santos, J.M., Carter, J., Attarian, H.P., Fessler, A.J., Vahle, V., Gilliam, F. (2012). Depression but not seizure factors or quality of life predicts suicidality in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 24, 426-429.
- Hegerl, U., Wittenburg, L., Arensman, E., Van Audenhove, C., Coyne, J.C., McDaid, D., van der Feltz-Cornelis, C.M., Gusmão, R., Kopp, M., Maxwell, M., Meise, U., Roskar, S., Sarchiapone, M., Schmidtke, A., Värnik, A., Bramesfeld, A. (2009). Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*, 23, 428.

- Helmchen, H., Linden, M., (2000). Subthreshold disorders in psychiatry: Clinical reality, methodological artifact and double-threshold problem. *Comprehensive Psychiatry*, 41(Suppl.1), 1-7.
- Henriksson, M.M., Aro, H.M., Marttunen, M.J., Heikkinen, M.E., Isometsä, E.T., Kuoppasalmi, K.I., Lonnqvist, J.K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150, 935-940.
- Hetrick, S.E., McKenzie, J.E., Cox, G.R., Simmons, M.B., Merry, S.N. (2012). Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11, CD004851.
- Hinshaw, S.P., Owens, E.B., Zalecki, C., Huggins, S.P., Montenegro-Nevado, A.J., Schrodek, E., Swanson, E.N. (2012). Prospective Follow-up of Girls with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder into Early Adulthood: Continuing Impairment Includes Elevated Risk for Suicide Attempts and Self-Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 1041-1051.
- Hogg, S., Ansari, S., Masood, Q., Agius, M., Rihmer, Z. (2016). Are SSRIs responsible for precipitating suicidal ideation in teenagers with 'subsyndromal' bipolar affective disorder who have been misdiagnosed with unipolar depression? *Psychiatria Danubina*, 28S, 79-82.
- Hoek, W., Schuurmans, J., Koot, H.M., Cuijpers, P. (2009). Prevention of depression and anxiety in adolescents: A randomized controlled trial testing the efficacy and mechanisms of Internet-based self-help problem-solving therapy. *Trial*, 10, 93.
- Holt, M.K., Vivolo-Kantor, A.M., Polanin, J.R., Holland, K.M., DeGue, S., Matjasko, J.L., Wolfe, M., Reid, G. (2015). Bullying and suicidal ideation and behaviors: a meta-analysis. *Pediatrics*, 135, 496-509.
- Horváth, L., Mészáros, G., Balázs, J. (2015). Serdülőkori nem-szuicidális önsértés: aktuális kérdések. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 17, 14-22.
- Horwath, E., Johnson, J., Klerman, G.L., Weissman, M.M. (1992). Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 817-823.
- Hoven, C.W., Doan, T., Musa, G.J., Jaliashvili, T., Duarte, C.S., Ovuga, E., Ismayilov, F., Rohde, L.A., Dmitrieva, T., Du, Y., Yeghiyan, M., Din, A.S., Apter, A.,

- Mandell, D.J. (2008). Worldwide child and adolescent mental health begins with awareness: a preliminary assessment in nine countries. *International Review of Psychiatry*, 20, 261-270.
- Hoven, C.W., Wasserman, D., Wasserman, C., Mandell, D.J. (2009). Awareness in nine countries: a public health approach to suicide prevention. *Legal Medicine*, 11(Suppl 1), 13-17.
- Hoza, B., Gerdes, A.C., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., Pelham, W.E., Molina, B.S., Abikoff, H.B., Epstein, J.N., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Odbert, C., Swanson, J.M., Wigal, T. (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 382-391.
- Huang, R.R., Chen, Y.S., Chen, C.C., Chou, F.H., Su, S.F., Chen, M.C., Kuo, M.H., Chang, L.H. (2012). Quality of life and its associated factors among patients with two common types of chronic mental illness living in Kaohsiung City. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66, 482-490.
- Hughes, E.K., Gullone, E., Watson, S.D. (2011). Emotional functioning in children and adolescents with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 335-345.
- Huntley, Z., Maltezos, S., Williams, C., Morinan, A., Hammon, A., Ball, D., Marshall, E.J., Keaney, F., Young, S., Bolton, P., Glaser, K., Howe-Forbes, R., Kuntsi, J., Xenitidis, K., Murphy, D., Asherson, P.J. (2012). Rates of undiagnosed attention deficit hyperactivity disorder in London drug and alcohol detoxification units. *BMC Psychiatry*, 12, 223.
- Hurtig, T., Taanila, A., Moilanen, I., Nordstrom, T., Ebeling, H. (2012). Suicidal and self-harm behaviour associated with adolescent attention deficit hyperactivity disorder — A study in the Northern Finland Birth Cohort 1986. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66, 320-328.
- Ilomaki, E., Rasanen, P., Viilo, K., Hakko, H. (2007). Suicidal behavior among adolescents with conduct disorder—the role of alcohol dependence. *Psychiatry Research*, 150, 305-311.

- Impey, M., Heun, R. (2012). Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 93-102.
- Isensee, B., Hanewinkel, R. (2012). Meta-analysis on the effects of the smoke-free class competition on smoking prevention in adolescents. *European Addiction Research*, 18, 110–115.
- Isometsä, E.T., Henriksson, M.M., Aro, H.M., Lönnqvist, J.K. (1994). Suicide in bipolar disorder in Finland. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1020-1024.
- Izutsu, T., Shimotsu, S., Matsumoto, T., Okada, T., Kikuchi, A., Kojimoto, M., Noguchi, H., Yoshikawa, K. (2006). Deliberate self-harm and childhood hyperactivity in junior high school students. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 172-176.
- Jacobson, C.M., Muehlenkamp, J.J., Miller, A.L., Turner, J.B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 363-375.
- James, A., Lai, F.H., Dahl, C. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 408-415.
- Jekkel, É., Magyar, K. (2007). Az életminőség vizsgálata - Áttekintő tanulmány. *Psychiatria Hungarica*, 22, 20-32.
- Jané-Llopis, E. (2007). Mental health promotion: Concepts and strategies for reaching the population. *Health Promotion Journal of Australia*, 18, 191-197.
- Jenkins, A.L., McCloskey, M.S., Kulper, D., Berman, M.E., Coccaro, E.F. (2015). Self-harm behavior among individuals with intermittent explosive disorder and personality disorders. *Journal of Psychiatry Research*. 60, 125-131.
- Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., Kraemer, H.C., Lenora, N., Newcorn, J.H., Abikoff, H.B., March, J.S., Arnold, L.E., Cantwell, D.P., Conners, C.K., Elliott, G.R., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hoza, B., Pelham, W.E., Severe, J.B., Swanson, J.M., Wells, K.C., Wigal, T., Vitiello, B. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 147-158.

- Jinnin, R., Okamoto, Y., Takagaki, K., Nishiyama, Y., Yamamura, T., Okamoto, Y., Miyake, Y., Takebayashi, Y., Tanaka, K., Sugiura, Y., Shimoda, H., Kawakami, N., Furukawa, T.A., Yamawaki, S. (2016). Detailed course of depressive symptoms and risk for developing depression in late adolescents with subthreshold depression: a cohort study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 22, 25-33.
- Johnson, J., Weissman, M.M., Klerman, G.L. (1992). Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA*, 267, 1478-1483.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S. (2009). Minor depression during adolescence and mental health outcomes during adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 195, 264-265.
- Jonsson, U., Bohman, H., von Knorring, L., Olsson, G., Paaren, A., von Knorring, A.L. (2011). Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression: 15-year follow-up of a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 130, 395-404.
- Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrøm, L., Mattejat, F., Ravens-Sieberer, U. (2008). Quality of Life as reported by school children and their parents: cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 34.
- Kadesjö, B., Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 487-492.
- Kaess, M., Brunner, R., Parzer, P., Carli, V., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Coman, H.G., Cosman, D., Cotter, P., Durkee, T., Farkas, L., Feldman, D., Haring, C., Iosue, M., Kahn, J.P., Keeley, H., Podlogar, T., Postuvan, V., Resch, F., Sáiz, P.A., Sisask, M., Tübbiana, A., Värnik, P., Sarchiapone, M., Hoven, C.W., Wasserman D. (2014). Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 611-620.
- Kashani, J.H., McGee, R.D., Clarkson, S.E., Anderson, J.C., Walton, L.E., Williams, S., Silva, P.A., Robins, A.J., Cytryn, L., McKnew, D.H. (1983). Depression in a sample of nine-year-old children. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1217-1223.

- Kao, Y.C., Liu, Y.P., Cheng, T.H., Chou, M.K. (2012). Subjective quality of life and suicidal behavior among Taiwanese schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 523-532.
- Katz, C., Bolton, S.L., Katz, L.Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Sareen, J. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, 30, 1030-1045.
- Kavakci, O., Kugu, N., Semiz, M., Meydan, F., Karsikaya, S., Dogan, O. (2012). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid disorders among students of Cumhuriyet University. *European Psychiatry*, 26, 107-117.
- Keenan, K., Hipwell, A.E., Stepp, S.D., Wroblewski, K. (2014). Testing an equifinality model of nonsuicidal self-injury among early adolescent girls. *Developmental Psychopathology*, 26, 851-862.
- Kessler, R.C., Walters, E.E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3-14.
- Keresztény, A., Dallos, G., Miklósi, M., Róka, A., Gádoros, J., Balázs, J. (2012). A gyermek- és serdülőkori figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar komorbiditásainak összehasonlítása. *Psychiatria Hungarica*, 27, 165-73.
- Kiekens, G., Hasking, P., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R.P., Boyes, M., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J.G., Kessler, R.C., Nock, M.K., Bruffaerts, R. (2018a). The DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder among incoming college students: Prevalence and associations with 12-month mental disorders and suicidal thoughts and behaviors. *Depression and Anxiety*, 35, 629-637.
- Kiekens, G., Hasking, P., Boyes, M., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R.P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J.G., Kessler, R.C., Myin-Germeys, I., Nock, M.K., Bruffaerts, R. (2018b). The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Affective Disorders*, 239, 171-179.
- Kim, C.D., Seguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawkey, N., Lesege, A.D., Turecki, G. (2005). Familial aggregation of suicidal behavior: A family study of male

- suicide completers from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1017-1019.
- Kim, H.W., Cho, S.C., Kim, B.N., Kim, J.W., Shin, M.S., Kim, Y. (2009). Perinatal and Familial Risk Factors Are Associated with Full Syndrome and Subthreshold Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a Korean Community Sample. *Psychiatry Investigation*, 6, 278-285.
- Kirkcaldy, B.D., Brown, J., Siefen, R.G. (2006). Disruptive behavioural disorders, self harm and suicidal ideation among German adolescents in psychiatric care. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18, 597-614.
- Kis, D.S., Miklós, M., Fűzi, A., Farkas, M. Balázs J. (2017). A Fészek: A Vadaskert Kórház és Szakambulancián működő kognitív-, viselkedésterápián alapuló program bemutatása”. *Psychiatria Hungarica*, 32, 423-428.
- Kiss, E., Baji, I., Mayer, L., Skultéti, D., Benák, I., Vetró, Á. (2007). Életminőség kérdőív validitása és pszichometriai jellemzői magyar gyermekpopuláción. *Psychiatria Hungarica*, 22, 33-42.
- Kiss, E., Kapornai, K., Baji, I., Mayer, L., Vetró, Á. (2009). Assessing quality of life: mother-child agreement in depressed and non-depressed Hungarian. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 265-273.
- Klassen, A. F., Miller, A., Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114, E541-E547.
- Klein, D.N., Shankman, S.A., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R. (2009). Subthreshold depressive disorder in adolescents: predictors of escalation to full-syndrome depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 703-710.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Ouellette, R., Johnson, J., Greenwald, S. (1991). Panic attacks in the community: social morbidity and health care utilization. *JAMA*, 265, 742-746.
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.

- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J., Koskenvuo, M., (2001). Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 433-439.
- Koukopoulos, A., Albert, M.J., Sani, G., Koukopoulos, A.E., Girardi, P. (2005). Mixed depressive states: nosologic and therapeutic issues. *International Review of Psychiatry*, 17, 21-37.
- Kraepelin, E. (1921). Manic depressive insanity and paranore. Edinburgh: *Livingstone*.
- Kramer, A. A., Zimmerman, J. E. (2007). Assessing the calibration of mortality benchmarks in critical care: The hosmer-lemeshow test revisited. *Critical Care Medicine*, 35, 2052-2056.
- Kumar, P.N., George B., (2013). Life events, social support, coping strategies, and quality of life in attempted suicide: A case-control study. *Indian Journal of Psychiatry*, 55, 46-51.
- Kurpas, D., Mroczek, B., Knap-Czechowska, H., Bielska, D., Nitsch-Osuch, A., Kassolik, K., Andrzejewski, W., Gryko, A., Steciwko, A. (2013). Quality of life and acceptance of illness among patients with chronic respiratory diseases. *Respiratory Physiology and Neurobiology*, 187, 114-117.
- Lack, C.W., Storch, E.A., Keeley, M.L., Geffken, G.R., Ricketts, E. D., Murphy, T.K., Goodman, W.K. (2009). Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: base rates, parent-child agreement, and clinical correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 935-942.
- Lam, L.T. (2005). Attention deficit disorder and hospitalization owing to intra- and interpersonal violence among children and young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 36, 19-24.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, H.K., Janavs, J., Dunbar, G.C. (1997). The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224-231.
- Lecrubier, Y. (2008). Refinement of diagnosis and disease classification in psychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258 (Suppl. 1), 6-11.



- Leon, A.C., Portera, L., Weissman, M.M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 166, 19-22.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R. (1995.) Adolescent psychopathology: III The clinical consequences of comorbidity. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry* 34, 510-519.
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., Zeiss, A. (2000). Clinical implications of subthreshold depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 345-351.
- Lewinsohn, P.M., Shankman, S.A., Gau, J.M., Klein, D.N. (2004). The prevalence and co-morbidity of subthreshold psychiatric conditions. *Psychological Medicine*, 34, 613-622.
- Lewis, S.P, Plener, P.L. (2015). Nonsuicidal self-injury: a rapidly evolving global field. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health*, 9, 49.
- Li, D., Sham, P. C., Owen, M. J., He, L. (2006). Meta-analysis shows significant association between dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Human Molecular Genetics*, 15, 2276-2284.
- Li, Y., Li, Y., Cao, J. (2012). Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 12, 524.
- Liang, S.H., Yang, Y.H., Kuo, T.Y., Liao, Y.T., Lin, T.C., Lee, Y., McIntyre, R.S., Kelsen, B.A., Wang, T.N., Chen, V.C. (2018). Suicide risk reduction in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder prescribed methylphenidate: A Taiwan nationwide population-based cohort study. *Research in Developmental Disabilities*, 72, 96-105.
- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M., Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, 453-461.
- Liebowitz, M.R. (1993). Mixed anxiety and depression: should it be included in DSM-IV? *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 48-78.
- Liu, B.C. (1976). Quality of life indicators in U.S. metropolitan areas: A statistical analysis. New York: *Praeger Publishers*.

- Ljung, T., Chen, Q., Lichtenstein, P., Larsson, H. (2014). Common Etiological Factors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Suicidal Behavior: A Population-Based Study in Sweden. *JAMA Psychiatry*, 71, 958-964.
- Lockwood, J., Daley, D., Townsend, E., Sayal, K. (2017). Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 387-402.
- Lovell, D.J., Ruperto, N., Mouy, R., Paz, E., Rubio-Pérez, N., Silva, C.A., Abud-Mendoza, C., Burgos-Vargas, R., Gerlioni, V., Melo-Gomes, J.A., Saad-Magalhaes, C., Chavez-Corrales, J., Huemer, C., Kivitz, A., Blanco, F.J., Foeldvari, I., Hofer, M., Huppertz, H.I., Job Deslandre, C., Minden, K., Punaro, M., Block, A.J., Giannini, E.H., Martini, A. (2015). Long-Term Safety, Efficacy, and Quality of Life in Patients With Juvenile Idiopathic Arthritis Treated With Intravenous Abatacept for Up to Seven Years. Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group and the Paediatric Rheumatology International Trials Organisation. *Arthritis & Rheumatology*, 67, 2759-2770.
- Lucas, C.P., Zhang, H., Fisher, P.W., Shaffer, D., Regier, D.A., Narrow, W.E., Bourdan, K., Dulcan, M.K., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Lahey, B.B., Frimen, P. (2001). The DISC Predictive Scales (DPS): efficiently screening for diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 443-449.
- Mackinaw-Koons, B., Vasey, M.W. (2000). Considering sex differences in anxiety and its disorders across the life span: A construct-validation approach. *Applied and Preventive Psychology*, 9, 191-209.
- MacKinnon, D.F., Potash, J.B., McMahon, F.J., Simpson, S.G., Depaulo, J.R., Zandi, P.P. (2005). National Institutes of Mental Health Bipolar Disorder Genetics Initiative. Rapid mood switching and suicidality in familial bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7, 441-448.
- Maj, M., Pirozzi, R., Magliano, L., Bartoli, L. (2003). Agitated depression in bipolar I disorder: Prevalence, phenomenology, and outcome. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2134-2140.

- Maj, M., Pirozzi, R., Magliano, L., Fiorillo, A., Bartoli, L. (2006). Agitated ‘unipolar’ major depression: prevalence, phenomenology, and outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 712-719.
- Malmberg, K., Wargelius, H.L., Lichtenstein, P., Orelund, L., Larsson, J.O. (2008). ADHD and disruptive behavior scores – associations with MAO-A and 5-HTT genes and with platelet MAO-B activity in adolescents. *BMC Psychiatry*, 8, 28.
- Malmberg, K., Edbom, T., Wargelius, H.L., Larsson, J.O. (2011). Psychiatric problems associated with subthreshold ADHD and disruptive behaviour diagnoses in teenagers. *Acta Paediatrica*, 100, 1468-1475.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294, 2064-2074.
- Mann, J.J., Arango, V.A., Avenevoli, S., Brent, D.A., Champagne, F.A., Clayton, P., Currier, D., Dougherty, D.M., Haghighi, F., Hodge, S.E., Kleinman, J., Lehner, T., McMahon, F., Mościcki, E.K., Oquendo, M.A., Pandey, G.N., Pearson, J., Stanley, B., Terwilliger, J., Wenzel, A. (2009). Candidate Endophenotypes for Genetic Studies of Suicidal Behavior. *Biological Psychiatry*, 65, 556-563.
- Manor, I., Gutnik, I., Ben-Dor, D.H., Apter, A., Sever, J., Tyano, S., Weizman, A., Zalsman, G. (2010). Possible association between attention deficit hyperactivity disorder and attempted suicide in adolescents—a pilot study. *European Psychiatry*, 25, 146–150.
- Mantere, O., Suominen, K., Leppamäki, S., Valtonen, A., Arvilommi, P., Isometsä, E. (2004). The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar Study (JoBS). *Bipolar Disorders*, 6, 395–405.
- Marttunen, M.J., Aro, H., Henriksson, M., Lönngvist, J.K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19- year-olds in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 48, 834-839.
- Marttunen, M., Pelkonen, M. (2000). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a review. *Psychiatry Fennica*, 31, 110–125.

- Maser, J.D., Akiskal, H.S., Schettler, P., Scheftner, W., Mueller, T., Endicott, J., Solomon, D., Clayton, P. (2002). Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide Life Threatening Behaviour*, 32, 10-32.
- Mathiak, K.A., Luba, M., Mathiak, K., Karzel, K., Wolańczyk, T., Szczepanik, E., Ostaszewski, P. (2010). Quality of life in childhood epilepsy with lateralized epileptogenic foci. *BMC Neurology*, 10, 69.
- Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nölkel, P., Schaff, C., Scholz, M., Schmidt, M.H., Remschmidt, H. (1998). Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) – Eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26, 174-182.
- Mattejat, F., Remschmidt, H. (1998). Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychischgestörten Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26, 183-196.
- Mattejat, F., Simon, B., König, U., Quaschner, K., Barchewitz, C., Felbel, D., Herpetz Dahlmann, B., Höhne, D., Janthur, B., Jungmann, J., Katzenski, B., Naumann, A., Nölkel, P., Schaff, C., Schulz, E., Warnke, A., Wienand, F. Remschmidt, H. (2003) Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. (Quality of life of children and adolescents with mental health disorders). *Zeitschrift für Kinder-Jugendpsychiatrie*, 31, 293-303.
- Matuszka, B., Bácskai, E., Czobor, P., Egri, T., Gerevich, J. (2015). A dohányzás és az alkoholfogyasztás együttes előfordulásának összefüggései a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar tüneteivel kilencedik osztályos tanulók körében. *Orvosi Hetilap*, 156, 1750-1757.
- Mayes, S.D, Baweja, R., Calhoun, S.L., Syed, E., Mahr, F., Siddiqui, F. (2014). Suicide ideation and attempts and bullying in children and adolescents: psychiatric and general population samples. *Crisis*, 35, 301-309.
- Mayes, S.D., Calhoun, S.L., Baweja, R., Mahr, F. (2015a). Suicide Ideation and Attempts in Children With Psychiatric Disorders and Typical Development. *Crisis*, 36, 55–60.

- Mayes, S.D., Calhoun, S.L., Baweja, R., Feldman, L., Syed, E., Gorman, A.A., Siddiqui, F. (2015b). Suicide Ideation and Attempts are Associated with Co-occurring Oppositional Defiant Disorder and Sadness in Children and Adolescents with ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 274-282.
- McDowell, I. (2006). Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires, Third Edition. Oxford: *Oxford University Press*. 302-306 old.
- McClure, E., Rogeness, G.A., Thompson, N.M. (1997). Characteristics of adolescent girls with depressive symptoms in a so-called 'normal' sample. *Journal of Affective Disorders*, 42, 187-197.
- McCloskey, M.S., Ben-Zeev, D., Lee, R., Coccaro, E.F. (2008). Prevalence of suicidal and self-injurious behavior among subjects with intermittent explosive disorder. *Psychiatry Research*, 158, 248-250.
- Meehan, J., Kapur, N., Hunt, I.M., Turnbull, P., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., Flynn, S., Burns, J., Amos, T., Shaw, J., Appleby L. (2006). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge: national clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 188, 129-134.
- Mental Health Europe. (2017). IMHPA I and II: Implementation Mental Health Promotion Action (2003-2005). <http://www.mhe-sme.org/> Utolsó megtekintés: 2017.11.02.
- Mental Health Europe. (2018a). Mental Health Promotion for Children up to 6 Years. Directory of Projects in the European Union. Mental Health Europe – Santé Mentale Europe. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/1998/promotion/fp\\_promotion\\_1997\\_frep\\_b4\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/promotion/fp_promotion_1997_frep_b4_en.pdf). Utolsó megtekintés: 2018.07.29.
- Mental Health Europe. (2018b). Mental Health Promotion of Adolescents and Young People, 14-24 years. Directory of Projects in the European Union. Mental Health Europe – Santé Mentale Europe. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2000/promotion/fp\\_promotion\\_2000\\_frep\\_14\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_14_en.pdf). Utolsó megtekintés: 2018.07.29.

- Mental Health Europe. (2018c). The European Mental Health Action Plan 2013–2020 - WHO/Europe.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf). Utolsó megtekintés: 2018.07.29.
- Mészáros, G., Horváth, L.O., Balázs, J. (2017a). Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 17, 160.
- Mészáros, G., Horváth, L.O., Balázs, J. (2017b). „Akkor legalább a fájdalmat érzem...” Önsértés kamaszkorban. *Mindennapi Pszichológia*, 1, 58-60.
- Meza, J., Owens, E.B., Hinshaw, S.P. (2016). Response Inhibition, Peer Preference and Victimization, and Self-Harm: Longitudinal Associations in Young Adult Women with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44, 323–334.
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, C., Abel, T. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of Life Research*, 18, 1147–1157.
- Molnár, G., Molnár, I. (1999). A Zung-féle Szorongás Önértékelő Skála és a Hopkins-féle tünetlista faktoranalízise. *Pszichoterápia*, 8, 435-442.
- Moreira, H., Carona, C., Silva, N., Frontini, R., Bullinger, M., Canavarro, M.C. (2013). Psychological and quality of life outcomes in pediatric populations: A parent-child perspective. *Journal of Pediatrics*, 163, 1471-1478.
- Mortier, P., Auerbach, R.P., Alonso, J., Bantjes, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Ebert, D.D., Green, J.G., Hasking, P., Nock, M.K., O'Neill, S., Pinder-Amaker, S., Sampson, N.A., Vilagut, G., Zaslavsky, A.M., Bruffaerts, R., Kessler, R.C., WHO WMH-ICS Collaborators. (2018). Suicidal Thoughts and Behaviors Among First-Year College Students: Results From the WMH-ICS Project. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 57, 263-273.
- Möller, H.J. (2008). Systematic of psychiatric disorders between categorical and dimensional approaches: Kraepelin's dichotomy and beyond. *European Archives of Psychiatry and Clinical*, 258 (Suppl 2), 48-73.

- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- National Institute for Health and Welfare. (2017). Mental Health information and determinants for the European level, MINDFUL.  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2003/action1/docs/2003\\_1\\_11\\_inter\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_11_inter_en.pdf). Utolsó megtekintés: 2017.11.02.
- National Institute of Mental Health. (2017). Suicide in the U.S.: Statistics and Prevention <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-in-the-us-statistics-and-prevention/index.shtml#children>. Utolsó megtekintés: 2017.11.02.
- Németh, Á. (2010). Iskoláskorúak Egészségmagatartása –Nemzetközi Kutatás néhány eredménye a szubjektív jóllét témakörében. In: Kutatás és terápia metszéspontjai –Várandósságtól a felnőttkorig. Szerk: Hámosi, E. Piliscsaba: Pázmány Péter Katolikus Egyetem, 145-151 old.
- Nemzeti Média és Hírközlési Hatóság. (2012). A média- és hírközlési biztos ajánlása az öngyilkosságokról szóló udósításokhoz. <http://nmhh.hu/media-es-hirkozlesi-biztos/ajanlasok>. Utolsó megtekintés: 2017.11.02.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Project Team. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. NICE Clinical guideline. National Institute for Clinical Excellence, [guidance.nice.org.uk/cg72](http://guidance.nice.org.uk/cg72). Utolsó megtekintés: 2017.11.01.
- Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B., Sonneck, G. (2010). Media and suicide. Papageno v Werther effect. *British Medical Journal*, 341:c5841
- Nigg, J.T. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clinical Psychology Review*, 33, 215-28.
- Nock, M.K., Joiner, T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E., Prinstein, M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.
- Nock, M.K., Prinstein, M.J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consultant Clinical Psychiatry*, 72, 885–890.

- Nock, M.K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
- Nordahl, H., Krølner, R., Páll, G., Currie, C., Andersen, A. (2011). Measurement of ethnic background in cross national school surveys: agreement between students' and parents' responses. *Journal of Adolescent Health*, 49, 272-277.
- Okasha, A. (2009). Would the use of dimensions instead of categories remove problems related to subthreshold disorders? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(Suppl 2), 129-133.
- Oldehinkel, A.J., Wittchen, H.U., Schuster, P. (1999). Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorder in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 29, 655-668.
- Olfson, M., Broadhead, W.E., Weissman, M.M., Leon, A.C., Farber, L., Hoven, C., Kathol, R. (1996). Subthreshold Psychiatric Symptoms in a Primary Care Group Practice. *Archives of General Psychiatry*, 53, 880-886.
- Ottosen, C., Petersen, L., Tisdalbak Larsen, J., Dalsgaard, S., (2016). Gender Differences in Associations Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55, 227-234.
- Owens, D., Horrocks, J., House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Owens, J.S., Goldfine, M.E., Evangelista, N.M., Hoza, B., Kaiser, N.M. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 335-351.
- Örkényi, Á., Koszonits, R. (2004). Akiknek sem otthon, sem az iskolában nem jó: Általános iskolások szubjektív életminősége. *Iskolakultúra*, 8, 43-55.
- Palmer, B.A., Pankratz, V.S., Bostwick, J.M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia—a reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62, 247-253.
- Page, R.M., Hammermeister, J., Scanlan, A., Gilbert, L. (1998). Is school sports participation a protective factor against adolescent health risk behaviors? *Health Education Journal*, 29, 186-192.



- Park, S., Cho, M.J., Chang, S.M., Jeon, H.J., Cho, S.J., Kim, B.S., Hong, J.P. (2011). Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: Results of the Korean epidemiologic catchment area study. *Psychiatry Research*, 186, 378-383.
- Park, B., Kim, S.Y., Shin, J.Y., Sanson-Fisher, R.W., Shin, D.W., Cho, J., Park, J.H., (2013). Suicidal ideation and suicide attempts in anxious or depressed family caregivers of patients with cancer: a nationwide survey in Korea. *PLoS One*, 8, e60230.
- Patros, C. H.G., Hudec, K.L., Alderson, R.M., Kasper, L.J., Davidson, C., Wingate, L.R. (2013). Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) moderate suicidal behaviors in college students with depressed mood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 980-993.
- Paykel, E.S., Myers, J.K., Lindenthal, J.J., Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 124, 460-469.
- Penney, A., Mazmanian, D., Jamieson, J., Black, N. (2012). Factors associated with recent suicide attempts in clients presenting for addiction treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10, 132-140.
- Perugi, G., Akiskal, H.S., Micheli, C., Toni, C., Madaro, D. (2001). Clinical characterization of depressive mixed state in bipolar-I patients: Pisa-San Diego collaboration. *Journal of Affective Disorders*, 67, 105-114.
- Perugi, G., Quaranta, G., Dell'Osso, L. (2014). The Significance of Mixed States in Depression and Mania. *Current Psychiatry Reports*, 16, 486.
- Phillips, M.R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: A national case-control psychological autopsy study. *Lancet*, 360, 1728-1736.
- Piaget, J. (2001). *Studies in Reflecting Abstraction*. Hove, UK: Psychology Press.
- Pine, D.S., Cohen, E., Cohen, P., Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *American Journal of Psychiatry*, 156, 133-135.

- Pirkola, S.P., Isometsä, E.T., Heikkinen, M.E., Lönnqvist, J.K. (2000). Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol*, 35, 70-75.
- Pisani, A.R., Wyman, P.A., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Goldston, D.B., Xia, Y., Gould, M.S. (2013). Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 807–820.
- Pliszka, S. R. (2005). The neuropsychopharmacology of attention-deficit / hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1385-1390.
- Plöderl, M., Hengartner M.P. (2018). Antidepressant prescription rates and suicide attempt rates from 2004 to 2016 in a nationally representative sample of adolescents in the USA. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 10, 1-3.
- Ponizovsky, A.M., Grinshpoon, A., Levav, I., Ritsner, M.S. (2003). Life satisfaction and suicidal attempts among persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 442-447.
- Posner, M. I. (2012). Imaging attention networks. *NeuroImage*, 61, 450-456.
- Portzky, G., Van Heeringen, K. (2006). Suicide prevention in adolescents: a controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 910–918.
- Pössel, P., Horn, A., Greon, G., Hautzinger, M. (2004). School-based prevention of depressive symptoms in adolescents: a 6-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1003–1010.
- Pratt, K.J., Lazorick, S., Lamson, A.L., Ivanescu, A., Collier, D.N. (2013). Quality of life and BMI changes in youth participating in an integrated pediatric obesity treatment program. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 116.
- Preacher, K.J., Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods* 40, 879–891.
- Preyde, M., Watkins, H., Csuzdi, N., Carter, J., Lazure, K., White, S., Penney, R., Ashbourne, G., Cameron, G., Frensch, K. (2012). Non-suicidal self-injury and suicidal behaviour in children and adolescents accessing residential or intensive

- home-based mental health services. *Journal of Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 270–281.
- ProMenPol project team. (2017). Promoting and Protecting Mental Health – Supporting Policy through Integration of Research, Current Approaches and Practices, ProMenPol. <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.en.home>. Utolsó megtekintés: 2017.11.01.
- Rajmil, L., López, A.R., López-Aguilà, S., Alonso, J. (2013). Parent-child agreement on health-related quality of life (HRQOL): a longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20, 101.
- Rathmann, K., Moor, I., Kunst, A.E., Dragano, N., Pförtner, T.K., Elgar, F.J., Hurrelmann, K., Kannas, L., Baška, T., Richter, M. (2016). Is educational differentiation associated with smoking and smoking inequalities in adolescence? A multilevel analysis across 27 European and North American countries. *Sociology of Health and Illness*, 38, 1005-1025.
- Remschmidt, H., Mattejat, F. (2010). The quality of life of children and adolescents with ADHD undergoing outpatient psychiatric treatment: simple disorders of activity and attention and hyperkinetic conduct disorders in comparison with each other and with other diagnostic groups. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 2, 161-170.
- Renaud, J., MacNeil, S., Rinaldis, S. (2012). Current psychiatric morbidity and aggression/impulsivity in child and adolescent suicide and ADHD. *Directions in Psychiatry*, 32, 137-145.
- Rick, K., Schweizer, E. (1997). The Clinical Presentation of Generalized Anxiety in Primary-Care Settings: Practical Concept of Classification and Management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (Suppl 11), 4-10.
- Rielly, N.E., Craig, W.M., Parker, K.C. (2006). Peer and parenting characteristics of boys and girls with subclinical attention problems. *Journal of Attention Disorders*, 9, 598-606.
- Rihmer, Z. (1996). Strategies of suicide prevention. Focus on health care. *Journal of Affective Disorders*, 39, 83-91.

- Rihmer, Z., Belső, N., Kalmár, S. (2001). Antidepressants and suicide prevention in Hungary. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 238-239.
- Rihmer, Z., Kiss, K. (2002). Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disorders*, 4(Suppl.1), 21-25.
- Rihmer, Z. (2004). Decreasing national suicide rates--fact or fiction? *World Journal of Biological Psychiatry*, 5, 55-56.
- Rihmer, Z. (2005). Prediction and prevention of suicide in bipolar disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 2, 48-51.
- Rihmer, Z., Angst, J. (2005). Epidemiology of bipolar disorder. In Handbook of bipolar disorder. Zerk: S. Kasper, R.M.A. Hirschfeld. S, New York: *Taylor and Francis*, 21–35 old.
- Rihmer, Z., Akiskal, H.S. (2006). Do antidepressants treat(en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *Journal of Affective Disorders*, 94, 3-13.
- Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 17-22.
- Rihmer, Z., Döme, P., Gonda, X., Kiss, H.G., Kovács, D., Seregi, K., Teleki, Z. (2007). Cigarette smoking and suicide attempts in psychiatric outpatients in Hungary. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 9, 63–67.
- Rihmer, A., Szilágyi, S., Rózsa, S., Gonda, X., Faludi, G., Rihmer, Z. (2009). A gyermekkori abúzusok szerepe a felnőttkori szuicid magatartás kialakulásában. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 11, 237–246.
- Rihmer, Z., Fekete, S. (2012). Öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet. Öngyilkossági rizikó és protektív faktorok. In: Az öngyilkosság orvosi szemmel. Szerk: Kalmár, S., Németh, A., Rihmer, Z. Budapest: *Medicina*, 91-112 old.
- Rihmer, Z., Kalmár, S. (2012). Depresszió és öngyilkosság. In: Az öngyilkosság orvosi szemmel. Szerk: Kalmár S, Németh A, Rihmer Z. *Medicina*, Budapest. 113-124 old.

- Rihmer, Z., Németh, A. (2014). A depressziók kezelése és a hazai öngyilkossági halálozás kapcsolata – fókuszban a 2007-es egészségügyi reform hatása. *Neuropsychopharmacol Hungarica*, 16, 195-204.
- Rohde, P., Beevers, C.G., Stice, E., O’Neil, K. (2009). Major and minor depression in female adolescents: onset, course, symptom presentation, and demographic associations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1339-1349.
- Rubin, D.B. (1987). Multiple imputation for nonresponse in surveys. New York: *J. Wiley & Sons*.
- Rucci, P., Gherardi, S., Tansella, M., Piccinelli, M., Berardi, D., Bisoffi, G., Corsino, M.A., Pini, S. (2003). Subthreshold psychiatric disorders in primary care: Prevalence and associated characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 76, 171–181.
- Rutz, W., von Knorrig, L., Walinder, J. (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 151–154.
- Sáez-Francàs, N., Alegre, J., Calvo, N., Antonio Ramos-Quiroga, J., Ruiz, E., Hernández-Vara, J., Casas, M. (2012). Attention-deficit hyperactivity disorder in chronic fatigue syndrome patients. *Psychiatry Research*, 200, 748-53.
- Samaritans. (2017). Media Guidelines for reporting suicide and self-harm. Ewell: Samaritans. <https://suicideprevention.ca/> Utolsó megtekintés: 2017.11.01.
- Sampasa-Kanyinga, H., Roumeliotis, P., Xu, H. (2014). Associations between cyberbullying and school bullying victimization and suicidal ideation, plans and attempts among Canadian schoolchildren. *PLoS One*, 9, e102145.
- Santinello, M., Vieno, A. (2006). Prevalence and risk factors for subsyndromal depression in Italian early adolescents. *Minerv Psychiat*, 2, 165-173.
- Sato, T., Bottlender, R., Schroter, A., Moller, H-J. (2003). Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar ‘depressive mixed state’ as bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 268-274.
- Sato, T., Bottlender, R., Kleindienst, N., Moller, H-J. (2005). Irritable psychomotor elation in depressed inpatients: a factor validation of mixed depression. *Journal of Affective Disorders*, 84, 187-196.

- Sato, T., Bottlender, R., Sievers, M., Moller, H-J. (2006). Distinct seasonality of depressive episodes differentiates unipolar depressive patients with and without depressive mixed states. *Journal of Affective Disorders*, 90, 1-5.
- Saxena, S., Jané-Llopis, E., Hosman, C. (2006). Prevention of Mental and Behavioural Disorders: Implications for Policy and Practice. *World Psychiatry*, 5, 5-14.
- Scahill, L., Schwab-Stone, M. Merikangas, K.R., Leckman, J.F., Zhang, H., Kasl, S. (1999). Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 976-84.
- Scahill, L., Schwab-Stone, M. (2000). Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 541-555.
- Scheerder, G., Audenhove, C.V., Arensman, E., Bernik, B., Giupponi, G., Horel, A.C., Maxwell, M., Sisask, M., Székely, A., Värnik, A., Hegerl, U. (2011). Community and health professionals' attitude toward depression: A pilot study in nine EADD countries. *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 387-401.
- Schmidtke, A., Schaller, H. (2000). The role of mass media in suicide prevention. In Hawton K & Van Heeringen K (eds): The international handbook of suicide and attempted suicide, Wiley. 675-697 old.
- Schnurr, P.P., Friedmann, M.J., Rosenberg, S.D. (1993). Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 150, 479-483.
- Schrijvers, D.L., Bollen, J., Sabbe, B.G. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138, 19-26.
- Schussler, K.F., Fisher, G.A. (1985). Quality of Life Research and Sociology. *Annual Review of Sociology*, 11, 139-149.
- Scott, M.A., Wilcox, H.C., Schonfeld, I.S., Davies, M., Hicks, R.C., Turner, J.B., Shaffer, D. (2009). School-Based Screening to Identify At-Risk Students Not Already Known to School Professionals: The Columbia Suicide Screen. *American Journal of Public Health*, 99, 334-339.

- Sebestyén, B., Rihmer, Z., Bálint, L., Szokontor, N., Gonda, X., Gyarmati, B., Bodecs, T., Sandor, J. (2010). Gender differences in antidepressant use related seasonality change in suicide mortality in Hungary, 1998-2006. *World Journal Biological Psychiatry*, 11, 579-585.
- Semiz, U.B., Basoglu, C., Oner, O., Munir, K. M., Ates, A., Algul, A., Ebrinc, S., Cetin, M. (2008). Effects of diagnostic comorbidity and dimensional symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder in men with antisocial personality disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 405-413.
- Serretti, A., Olgiati, P. (2005). Profiles of “manic” symptoms in bipolar I, bipolar II and major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 84, 159-166.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C.P., Dulcan, M.K., Schwab-Stone, M.E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Shaffer, D., Gould, M.S. (2002). Suicide prevention in schools. In: Hawton K, Van Heeringen K, editors. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. West Sussex: *John Wiley and Sons*. 645-660 old.
- Shain, B.N. (2007). American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence: Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 120, 669–676.
- Shankman, S.A., Lewinsohn, P.M., Klein, D.N., Small, J.W., Seeley, J.R., Altman, S.E. (2009). Subthreshold conditions as precursors for full-syndrome disorders: a 15-year longitudinal study of multiple diagnostic classes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 1485-1494.
- Sharma, T., Guski, L.S., Freund, N., Gotzsche, P.C. (2016). Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *British Medical Journal*, 352, i65.

- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, H.K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G.C. (1998). The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22-33.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, H.K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M.F., Dunbar, G.C. (1997). Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12, 232-241.
- Sheehan, D.V., Sheehan, H.K., Shytle, R.D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J.E., Milo, K.M., Stock, S.L., Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 313-326.
- Shim, I.H., Woo, Y.S., Jun, T.Y., Bahk, W.M. (2014). Mixed-state bipolar I and II depression: Time to remission and clinical characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 340-346.
- Shim, I.H., Woo, Y.S., Bahk, W.M. (2015). Prevalence rates and clinical implications of bipolar disorder "with mixed features" as defined by DSM-5. *Journal of Affective Disorders*, 173, 120-125.
- Sihvola, E., Keski-Rahkonen, A., Dick, D.M., Pulkkinen, L., Rose, R.J., Marttunen, M., Kaprio, J. (2007). Minor depression in adolescence: Phenomenology and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 97, 211-218.
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 204-211.
- Sinyor, M., Schaffer, A., Cheung, A.H. (2014). An observational study of bullying as a contributing factor in youth suicide in Toronto. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 632-638.
- Sisask, M., Värnik, P., Värnik, A., Apter, A., Balazs, J., Balint, M., Bobes, H., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Haring, C., Kahn, J-P., Marusic, D., Sarchiapone, M., Wasserman, C., Carli, V., Hoven, C.V., Wasserman D. (2014). Teacher



- satisfaction with school and psychological well-being affects their readiness to help children with mental health problems. *Health Education Journal*, 73, 382–393.
- Skodol, A.E., Schwartz, S., Dohrenwend, B.P., Levav, I., Shrout, P.E. (1994). Minor depression in a cohort of young adults in Israel. *Archives of General Psychiatry*, 51, 542-551.
- Solomon, S., Canino, G. (1990). Appropriateness of the DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 227-237.
- Soole, R., Kolves, K., De Leo, D. (2014). Factors Related to Childhood Suicides. *Crisis*, 27, 1-9.
- SPSS, Inc, 2011. SPSS: Version 20.0 for Windows, Chicago: SPSS, Inc.
- STATA. <http://sciexperts.hu/stata> Utolsó megtekintés: 2017.11.01.
- Staudinger, U. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51, 185-197.
- Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L., Forde, D.R. (1997). Full and Partial Posttraumatic Stress Disorder: Findings From a Community Survey. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1114-1119.
- Stewart, S.M., Lewinsohn, P.M., Lee, P.W., Ho, L.M., Kennard, B., Hughes, C.W., Emslie, G.J. (2002). Symptom patterns in depression and “subthreshold” depression among adolescents in Hong Kong and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 559-576.
- Stice, E., Rohde, P., Gau, J.M., Wade, E. (2010). Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: Effects at 1- and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 856-867.
- Sudak, H.S., Sudak, D.M. (2005). The Media and Suicide. *Academic Psychiatry*, 29, 495-499.
- Suppes, T., Mintz, J., McElroy, S.L., Altshuler, L.L., Kupka, R.W., Frye, M.A., Keck, P.E., Nolen, W.A., Leverich, G.S., Grunze, H., Rush, A.J., Post, R.M. (2005).

- Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Bipolar Treatment Network: a gender-specific phenomenon. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1089–1096.
- Swanson, E.N., Owens, E.B., Hinshaw, S.P. (2014). Pathways to self-harmful behaviors in young women with and without ADHD: A longitudinal examination of mediating factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 505–515.
- Szántó, K., Kalmár, S., Hendin, H., Rihmer, Z., Mann, J.J. (2007). A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Archives of General Psychiatry*, 64, 914-920.
- Szentivanyi, D., Halász, J., Horváth, L.O., Mészáros, G., Miklós, M., Miklósi, M., Velő, Sz., Vida, P., Balázs, J. (2017). Externalizáló zavarok tüneteit mutató gyermekek életminősége a gyermek saját szemszögéből és a gondviselője megítélése szerint. *Psychiatria Hungarica*, 32, 332-339.
- Takeshima, M., Oka, T. (2015). DSM-5-defined 'mixed features' and Benazzi's mixed depression: which is practically useful to discriminate bipolar disorder from unipolar depression in patients with depression? *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69, 109-116.
- Tavernor, L., Barron, E., Rodgers, J., McConachie, H. (2013). Finding out what matters: validity of quality of life measurement in young people with ASD. *Child: Care, Health and Development*, 39, 592-601.
- Taylor, M.R., Boden, J.M., Rucklidge, J.J. (2014). The relationship between ADHD symptomatology and self-harm, suicidal ideation, and suicidal behaviours in adults: a pilot study. *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*, 6, 303-312.
- Thapar, A., Rice, F., Hay, D., Boivin, J., Langley, K., van den Bree, M., Rutter, M., Harold, G. (2009). Prenatal smoking might not cause attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence from a novel design. *Biological Psychiatry*, 66, 722-727.
- Theunissen, N.C.M., Vogels, T.G.C., Koopman, H.M., Verrips, G.H.W., Zwinderman, K.A.H., Verloove-Vanhorick, S.P., Wit, J.M. (1998). The proxy problem: child report versus parent report in health related quality of life research. *Quality of Life Research*, 7, 387-397.

- Tompkins, T.L., Witt, J., Abraibesh, N. (2010). Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40, 506-515.
- Tondo, L., Baldessarini, R.J., Hennen, J., Minnai, G.P., Salis, P., Scamonatti, L., Masisa, M., Ghiani, C., Mannu, P. (1999). Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Suppl.2), 63-69.
- Tondo, L., Vázquez, G.H., Pinna, M., Vaccotto, P.A., Baldessarini, R.J. (2018). Characteristics of depressive and bipolar disorder patients with mixed features. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, doi: 10.1111/acps.12911.
- Tringer, L. (2003). Egészség és életminőség. *Psychiatria Hungarica*, 18, 10–16.
- Ttofi, M.M., Farrington, D.P. (2011). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. *Journal of Experimental Criminology*, 7, 27-56.
- Turi, E., Tóth, I., Gervai, J. (2011). A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) további vizsgálata nem-klinikai mintán, fiatal serdülők körében. *Psychiatria Hungarica*, 26, 415-426.
- Turi, E., Gervai, J., Áspán, N., Halász, J. (2013). A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) validálása serdülőkorú klinikai populációban. *Psychiatria Hungarica*, 28, 165-179.
- Turecki, G., Brent, D.A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 19, 1227-1239.
- Uchida, M., Fitzgerald, M., Woodworth, H., Carrellas, N., Kelberman, C., Biederman, J. (2018). Subsyndromal Manifestations of Depression in Children Predict the Development of Major Depression. *Journal of Pediatrics*, doi: 10.1016/j.jpeds.2018.05.049.
- Uzark, K., Jones, K., Slusher, J., Limbers, C. A., Burwinkle, T. M., Varni, J. W. (2008). Quality of Life in Children With Heart Disease as Perceived by Children and Parents. *Pediatrics*, 121, e1060–e1067.
- van Eck, K., Ballard, E., Hart, S., Newcomer, A., Musci, R., Flory, K. (2015). ADHD and Suicidal Ideation: The Roles of Emotion Regulation and Depressive

- Symptoms Among College Students. *Journal of Attention Disorders*, 19, 703-714.
- van Heeringen, K., Bijttebier, S., Desmyter, S., Vervaet, M., Baeken, C. (2014). Is there a neuroanatomical basis of the vulnerability to suicidal behavior? A coordinate-based meta-analysis of structural and functional MRI studies. *Frontiers in Human Neuroscience*, 22, 824.
- van Heeringen, K. (2018). Behavioral aspects of suicidal behaviors. In: *The Neuroscience of Suicidal Behavior*. Ed: van Heeringen, K. Cambridge: Cambridge University Press, 2 old.
- Vaughn, M.G., Salas-Wright, C.P., DeLisi, M., Larson, M. (2015). Deliberate self-harm and the nexus of violence, victimization, and mental health problems in the United States. *Psychiatry Research*, 225, 588-595.
- Varni, J.W., Globe, D.R., Gandra, S.R., Harrison, D.J., Hooper, M., Baumgartner, S. (2012). Health-related quality of life of pediatric patients with moderate to severe plaque psoriasis: comparisons to four common chronic diseases. *European Journal of Pediatrics*, 171, 1587-1582.
- Velő, S., Keresztény, Á., Szentiványi, D., Balázs, J. (2013). Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar diagnózisú gyermekek és felnőttek életminősége: az elmúlt öt év vizsgálatainak szisztematikus áttekintő tanulmánya. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 15, 73-82.
- Velő, S., Keresztény, Á., Miklosi, M., Dallos, G., Szentivanyi, D., Gadoros, J., Balázs, J. (2014). „Frissen” diagnosztizált, kezelést még nem kapó figyelemhiányos-hiperaktivitás zavarú gyermekek és serdülők életminősége. *Psychiatria Hungarica*, 29, 410-417.
- Vetró, Á., Kiss, E., Kátay, L., Dombóváry, E. (2003). Az életminőség vizsgálata gyermek- és serdülőkorban. *Psychiatria Hungarica*, 18, 408-417.
- Vie, T.L., Glasø, L., Einarsen, S. (2012). How does it feel? Workplace bullying, emotions and musculoskeletal complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53, 165-173.

- Vijayakumar, L., Armson, S. (2005). Volunteer perspectives on suicide prevention. In: Hawton K, ed. *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice*. Oxford: *Oxford University Press*, 335-349 old.
- von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., Ravens-Sieberer, U. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 130-135.
- Wagner, R., Silove, D., Marnane, C., Rouen, D. (2006). Delays in referral of patients with social phobia, panic disorder and generalized anxiety disorder attending a specialist anxiety clinic. *Journal Anxiety Disorders*, 20, 363-371.
- Wasserman, C., Hoven, C.W., Wasserman, D. (2009a). *Affect and improve the way you feel*. National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP). Stockholm: *Karolinska Institutet*
- Wasserman, C., Hoven, C.W., Wasserman, D. (2009b). An instruction booklet to the Awareness Program. Stockholm. *Karolinska Institutet: National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP)*
- Wasserman, C., Hoven, C. W., Wasserman, D., Carli, V., Sarchiapone, M., Al-Halabi, S., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Cosman, D., Farkas, L., Feldman, D., Fischer, G., Graber, N., Haring, C., Herta, D. C., Iosue, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Klug, K., McCarthy, J., Tubiana-Potiez, A., Varnik, A., Varnik, P., Zibera, J., Postuvan, V. (2012). Suicide prevention for youth - a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, 12, 776.
- Wasserman, D. (1994). The role of transference and countertransference in teaching and learning suicidology. In *Intervention and Prevention*. Edited by Brill-Brahe U, Schiodt H. Odense: *Odense University Press*. 127-132 old.
- Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Bracale, R., Brunner, R., Bursztejn-Lipsicas, C., Corcoran, P., Cosman, D., Durkee, T., Feldman, D., Gadoros, J., Guillemin, F., Haring, C., Kahn, J.P., Kaess, M., Keeley, H., Marusic, D., Nemes, B., Postuvan, V., Reiter-Theil, S., Resch, F., Sáiz, P., Sarchiapone, M., Sisask, M., Varnik, A., Hoven, C.W. (2010). *Saving*

- and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10, 192.
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Musa, G. J., Nemes, B., Postuvan, V., Saiz, P., Reiter-Theil, S., Varnik, A., Varnik, P., Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 385, 1536-1544.
- Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, M.A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S., Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262, 914-919.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Baral Abrams, G., Barreira, P., Kress, V. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal of Adolescent Health*, 52, 486-492.
- Wilcox, H.C., Kellam, S.G., Brown, C.H., Poduska, J.M., Ialongo, N.S., Wang, W., Anthony, J.C. (2008). The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(Suppl 1), S60-73.
- Wittchen, H.U., Nelson, C.B., Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- Wood, L.J., Sherman, E., Hamiwka, L.D., Blackman M., Wirrell, E. (2008). Depression, anxiety, and quality of life in siblings of children with intractable epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 13, 144-148.
- WHO. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva: *World Health Organization*.
- WHO. (1993). Measurement of quality of life in children: report of a WHO/ IACAPAP Working Party. London, UK: *World Health Organization*.
- WHO and International Association for Suicide Prevention. (2017). Preventing suicide: A resource for media professionals. Department of Mental Health and Substance

Abuse *World Health Organization*, Geneva, 2008: <http://www.who.int/en/>.  
Utolsó megtekintés: 2017.11.01.

WHO (2017). Suicide data

[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)

Utolsó megtekintés: 2017.03.14.

WHO. (2018). Mental health: suicide prevention.

[http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/). Utolsó megtekintés:  
2018.07.22.

Wunderlich, U., Bronisch, T., Wittchen, H.U., Carter, R. (2001). Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 332-339.

Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J., Pena, J. B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 104-115.

Xiang, Y.T., Weng, Y.Z., Leung, C.M., Tang, W.K., Ungvari, G.S. (2008). Socio-demographic and clinical correlates of lifetime suicide attempts and their impact on quality of life in Chinese schizophrenia patients. *Journal of Psychiatry Research*, 42, 495-502.

Xin, L.M., Chen, L., Su, Y.A., Yang, F.D., Wang, G., Fang, Y.R., Lu, Z., Yang, H.C., Hu, J., Chen, Z.Y., Huang, Y., Sun, J., Wang, X.P., Li, H.C., Zhang, J.B., Si, T.M. (2018). Risk Factors for Recent Suicide Attempts in Major Depressive Disorder Patients in China: Results From a National Study. *Frontiers Psychology*, 3, 300.

Yan, F., Xiang, Y.T., Hou, Y.Z., Ungvari, G.S., Dixon, L.B., Chan, S.S., Lee, E.H., Li, W.Y., Li, W.X., Zhu, Y.L., Chiu, H.F. (2013). Suicide attempt and suicidal ideation and their associations with demographic and clinical correlates and quality of life in Chinese schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 447-454.

Yang, J., Yao, S., Zhu, X., Zhang, C., Ling, Y., Abela, J.R., Esseling, P.G., McWhinnie, C. (2010). The impact of stress on depressive symptoms is moderated by social

- support in Chinese adolescents with subthreshold depression: a multi-wave longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 127, 113-121.
- Yeates, C., Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 333-356.
- Yim, P.H.W., Yip, S.F., Li, R.H.Y., Dunn E.L., Yeung, W.S., Miao, Y.K. (2004). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care: a case-control study in Hong Kong. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 65-72.
- You, J., Leung, F., Fu, K., Lai, CM. (2011). The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents. *Archives of Suicide Research*, 15, 75-86.
- Young, J.F., Mufson, L., Davies, M. (2006). Efficacy of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training: an indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1254-1262.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J.P., Sáiz, P.A., Lipsicas, C.B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3, 646-659.
- Zlotnick, C., Mattia, J.I., Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *The Journal of Nervous and Mental Disorders*, 187, 296-301.
- Zung, W.W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, 371-379.



## MELLÉKLETEK

### 1. melléklet. A MINI kérdőív major depressziós epizódra vonatkozó módosított kérdéssora.

#### A. MAJOR DEPRESSZIV EPIZÓD

|      |   |   |      |
|------|---|---|------|
| A1   | Az elmúlt 2 hét csaknem minden napján levert vagy depressziós volt a nap legnagyobb részében?   | NEM   | IGEN |
| A2   | Az elmúlt 2 hét legnagyobb részében csökkent az érdeklődése és az öröme olyan tevékenységekben, dolgokban, amelyekkel korábban szeretett foglalkozni, amelyeknek tudott örülni?   | NEM   | IGEN |
|      | AZ A1-RE VAGY AZ A2-RE IGEN A VÁLASZ?   | NEM   | IGEN |
| A3   | <b>Az elmúlt két hét legnagyobb részében, amikor levert volt, vagy semmi sem érdekelte:</b>   |   |      |
| a    | Naponta tapasztalta, hogy megváltozott, csökkent vagy növekedett az étvágya? A testsúlya jelentősen (testsúly 5%-át elérő változás vagy $\pm 3,5$ kg egy 70kg-os embernél egy hónap alatt) csökkent vagy gyarapodott anélkül, hogy az szándékában volt? JELÖLJE BE AZ IGENT, HA A FENTIEK EGYIKÉRE IGEN A VÁLASZ. | NEM   | IGEN |
| b    | Szinte minden éjszaka alvási nehézségei voltak (nehezen aludt el, felébredt az éjszaka közepén, túl korán ébredt fel vagy éppen túl sokáig aludt)?  | NEM   | IGEN |
| c    | A szokásosnál lassabban beszélt vagy mozgott vagy csaknem minden nap előfordult, hogy ideges, nyugtalan volt vagy nehezebb esett, hogy egy helyben, nyugton maradjon?   | NEM   | IGEN |
| d    | Csaknem minden nap fáradtnak vagy erőtlennek érezte magát?  | NEM   | IGEN |
| e    | Csaknem minden nap értéktelennek érezte magát vagy büntudata volt?  | NEM   | IGEN |
| f    | Csaknem minden nap nehezen tudott koncentrálni vagy döntéseket hozni?   | NEM   | IGEN |
| g    | Gondolt arra többször, hogy kárt tegyen magában, hogy öngyilkosságot kövessen el vagy azt kívánta, hogy bárcsak meghalna?   | NEM   | IGEN |
|      | AZ A1-RE VAGY AZ A2-RE IGEN A VÁLASZ ÉS KAPUNK 5 VAGY TÖBB IGEN VÁLASZT (A1-A3)?  | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>NEM      IGEN</b><br/> <b>MAJOR DEPRESSZIV EPIZÓD, JELENLEGI</b> </div> |      |
| A4 a | Élete során előfordult-e máskor olyan két vagy több hetes időszak, amikor depressziósnak érezte magát vagy szinte minden iránt elvesztette az érdeklődését és megjelent azoknak a problémáknak a többsége amelyekről az előbb beszéltünk?   | NEM   | IGEN |
| b    | Volt az életében egy legalább 2 hónapos időszaka 2 depressziós epizód között, amikor nem volt depressziós és érdeklődését nem veszítette el?  | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>NEM      IGEN</b><br/> <b>MAJOR DEPRESSZIV EPIZÓD ISMÉTLŐDŐ</b> </div>  |      |

## 2. melléklet. A MINI kérdőív hipo/mániás epizódra vonatkozó módosított kérdéssora.

**D. (HYPO)MÁNIÁS EPIZÓD**

|      |  |     |      |
|------|--|-----|------|
| D1 a | Előfordult az életében <b>valaha</b> olyan időszak, amikor túlságosan feldobott volt, annyira tele volt energiával, akkora volt az önbizalma, hogy ezek miatt bajba került, esetleg mások azt mondták Önnek, hogy megváltozott a viselkedése? ( Ne vegye számításba, ha ez akkor fordult elő, amikor alkoholtól vagy drogtól került ilyen állapotba) | NEM | IGEN |
|      | HA A BETEGNEK NEM VILÁGOS MIT ÉRTÜNK AZON, HOGY FELDOBOTT, MAGYARÁZZUK EL: A "feldobott" azt jelenti, hogy emelkedett hangulata van, több energiája van, mint korábban, csökken az alvásigénye, gondolatai csaponganak, tele van ötletekkel, megnő a teljesítőképessége, motiváltsága, kreativitása vagy viselkedése robbanékony.                    |     |      |
|      | HA <b>NEM</b> A VÁLASZ, JELÖLJÜK BE A NEM-ET A <b>D1b</b> -BEN : HA <b>IGEN</b> :  |     |      |
| b    | Most feldobottnak érzi magát vagy úgy érzi, hogy tele van energiával?  | NEM | IGEN |
| D2 a | Előfordult valaha, hogy napokon keresztül állandóan olyan ingerlékeny volt, hogy családján kívüli emberekkel kiabált, veszekedett vagy verekedett? Észrevette-e vagy mások figyelmeztették-e arra, hogy összehasonlítva a többi emberrel túlzottan ingerlékeny vagy túlzottan reagál, akár olyan helyzetekben amikor Ön úgy érzi igaza van?          | NEM | IGEN |
|      | HA <b>NEM</b> A VÁLASZ, JELÖLJÜK BE A NEM-ET A <b>D2b</b> -BEN : HA <b>IGEN</b> :  |     |      |
| b    | Mostanában állandóan túlságosan ingerlékeny?   | NEM | IGEN |
|      | <b>D1a</b> -RA VAGY <b>D2a</b> -RA A VÁLASZ <b>IGEN</b> ?  | NEM | IGEN |

| D3 | <b>Azon időszak alatt, amikor feldobott, aktív vagy ingerlékeny volt :</b>                                  | <u>Jelenlegi epizód</u> |      | <u>Múltbeli epizód</u> |      |
|----|---|-------------------------|------|------------------------|------|
| a  | Úgy érezte, hogy olyan dolgokat tudna véghezvinni amit mások nem vagy hogy Ön egy különösen fontos személy? | NEM                     | IGEN | NEM                    | IGEN |
| b  | Csökken az alvásigénye (már pár óra alvással kipihente magát)?  | NEM                     | IGEN | NEM                    | IGEN |
| c  | Túl sokat beszélt megállás nélkül, vagy olyan gyorsan, hogy másoknak gondot okozott, hogy megértsék Önt?    | NEM                     | IGEN | NEM                    | IGEN |
| d  | A gondolatok olyan gyorsan villantak át a fején, hogy nehezen tudta követni azokat?                         | NEM                     | IGEN | NEM                    | IGEN |
| e  | Könnyen elterelődött a figyelme, olyannyira, hogy már kis dolgok is kizökkentették?                         | NEM                     | IGEN | NEM                    | IGEN |
| f  | Annyira tevékeny, nyugtalan volt, hogy mások aggódtak Önért?  | NEM                     | IGEN | NEM                    | IGEN |

2. melléklet folytatása. A MINI kérdőív hipo/mániás epizódra vonatkozó módosított kérdéssora.

|     |  |                                   |                          |                                  |                          |
|-----|--|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| g   | Annyira belemerült az örömszerzésbe, hogy egyáltalán nem számolt azok kockázataival, következményeivel (pénzszórás, vakmerő vezetés vagy szexuális kalandok)?  | NEM                               | IGEN                     | NEM                              | IGEN                     |
|     |  | <u>Jelenlegi epizód</u>           |                          | <u>Múltbeli epizód</u>           |                          |
|     | <b>D3 (ÖSSZEG): VAN 3 VAGY TÖBB IGEN VÁLASZ A D3-BAN (VAGY HA D1a-RA (MÚLTBELI EPIZÓD FELMÉRÉSÉBEN) VAGY A D1b -RE NEM (JELENLEGI EPIZÓD FELMÉRÉSÉBEN) A VÁLASZ, AKKOR VAN-E A D3-BAN 4 VAGY TÖBB IGEN VÁLASZ?</b> | NEM                               | IGEN                     | NEM                              | IGEN                     |
| D4  | Ezek a tünetek legalább egy hétig fennálltak és jelentős problémát okoztak otthon, a munkájában, társas kapcsolataiban, vagy az iskolában <b>vagy</b> előfordult, hogy kórházba került ezen problémák miatt?       | NEM                               | IGEN                     | NEM                              | IGEN                     |
|     |  | ↓                                 | ↓                        | ↓                                | ↓                        |
|     | AZ EPIZÓD, AMIT FELMÉRTÜNK   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| EGY |  | JELEN<br>HIPO-<br>MÁNIÁS<br>ZAVAR | JELEN<br>MÁNIÁS<br>ZAVAR | MÚLT<br>HIPO-<br>MÁNIÁS<br>ZAVAR | MÚLT<br>MÁNIÁS<br>ZAVAR  |

|   |   |      |                                 |  |           |                          |          |                          |
|---|---|------|---------------------------------|--|-----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| D1a-RA VAGY D2a-RA A VÁLASZ IGEN ÉS D4-RE VÁLASZ NEM? | NEM   | IGEN |                                 |  |           |                          |          |                          |
| HATÁROZZUK MEG HOGY AZ EPIZÓD JELENLEGI VAGY MÚLTBELI | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b><i>HYPOMÁNIÁS EPIZÓD</i></b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">JELENLEGI</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MÚLTBELI</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> |      | <b><i>HYPOMÁNIÁS EPIZÓD</i></b> |  | JELENLEGI | <input type="checkbox"/> | MÚLTBELI | <input type="checkbox"/> |
| <b><i>HYPOMÁNIÁS EPIZÓD</i></b>                       |   |      |                                 |  |           |                          |          |                          |
| JELENLEGI   | <input type="checkbox"/>  |      |                                 |  |           |                          |          |                          |
| MÚLTBELI  | <input type="checkbox"/>  |      |                                 |  |           |                          |          |                          |

|   |   |      |                             |  |           |                          |          |                          |
|---|---|------|-----------------------------|--|-----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| D4-RE VÁLASZ IGEN?                                    | NEM   | IGEN |                             |  |           |                          |          |                          |
| HATÁROZZUK MEG HOGY AZ EPIZÓD JELENLEGI VAGY MÚLTBELI | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b><i>MÁNIÁS EPIZÓD</i></b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">JELENLEGI</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MÚLTBELI</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> |      | <b><i>MÁNIÁS EPIZÓD</i></b> |  | JELENLEGI | <input type="checkbox"/> | MÚLTBELI | <input type="checkbox"/> |
| <b><i>MÁNIÁS EPIZÓD</i></b>                           |   |      |                             |  |           |                          |          |                          |
| JELENLEGI   | <input type="checkbox"/>  |      |                             |  |           |                          |          |                          |
| MÚLTBELI  | <input type="checkbox"/>  |      |                             |  |           |                          |          |                          |

## 3. melléklet. Demográfiai adatlap.

**1. Apa iskolai végzettsége:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Alapfokú  
☐ 2. Középfokú  
☐ 3. Felsőfokú

**2. Anya iskolai végzettsége:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Alapfokú  
☐ 2. Középfokú  
☐ 3. Felsőfokú

**3. Apa gazdasági aktivitása:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Aktív dolgozó  
☐ 2. Munkanélküli  
☐ 3. Nyugdíjas, leszázalékolt  
☐ 4. GYES  
☐ 5. Főfoglalkozású szülő  
☐ 6. Eltartott  
☐ 7. Meghalt

**4. Anya gazdasági aktivitása:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Aktív dolgozó  
☐ 2. Munkanélküli  
☐ 3. Nyugdíjas, leszázalékolt  
☐ 4. GYES  
☐ 5. Főfoglalkozású szülő  
☐ 6. Eltartott  
☐ 7. Meghalt

**17. Újszülöttkori egészségügyi probléma:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Problémamentes  
☐ 2. Problémás

**18. Újszülöttkori közérzet:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Kiegyensúlyozott, nyugodt  
☐ 2. Nyugtalan, sírós

**19. Kezesség:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Jobbkezes  
☐ 2. Balkezes  
☐ 3. Kevert

**20. Ált gyermekre valaha pszichológiai/pszichiátriai kezelés alatt?**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Igen  
☐ 2. Nem

**21. Van jelenleg gyermekének krónikus betegsége?**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Igen  
☐ 2. Nem

Ha igen, kérjük nevezze meg:

**5. Milyennek érzi családját anyagi helyzetét?**

- ☐ 0. Rossz  
☐ 1. Átlagos  
☐ 2. Jó

**6. Család összetétele:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Eredeti teljes család  
☐ 2. Csonka család (csak anya)  
☐ 3. Csonka család (csak apa)  
☐ 4. Teljes család nevelőanyával  
☐ 5. Teljes család nevelőapával  
☐ 6. Egyéb rokonnal alkotott család

**7. Gyermekek elhelyezése:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Családban él  
☐ 2. Örökbefogadott  
☐ 3. Nevelőszülővel él  
☐ 4. Intézeti elhelyezett  
☐ 5. Intézeti gondozott  
☐ 6. Állami gondozott  
☐ 7. Önállóan él

**8. Gyermekek lakhelye:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Főváros  
☐ 2. Vidéki nagyváros  
☐ 3. Falu

**22. Szed gyermeke rendszeresen gyógyszert?**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Igen  
☐ 2. Nem

Ha igen, kérjük nevezze meg:

.....  
 .....

**23. Szedett gyermeke korábban rendszeresen gyógyszert?**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Igen  
☐ 2. Nem

Ha igen, kérjük nevezze meg:

.....  
 .....

**24. Gyermekek iskolája:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Általános iskola  
☐ 2. Kisegítő, foglalkoztató  
☐ 3. Szakmunkásképző  
☐ 4. Középiskola  
☐ 5. Magántanuló  
☐ 6. Dolgozók általános iskolája  
☐ 7. Dolgozók középiskolája  
☐ 8. Nem dolgozik, nem iskolás  
☐ 9. Egyéb

**9. Családban pszichiátriai betegség:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Édesanya  
☐ 2. Édesapa  
☐ 3. Testvér  
☐ 4. Féltestvér  
☐ 5. Anya családjában  
☐ 6. Apa családjában

Milyen

betegség:.....

**10. Családban öngyilkosság/kísérlet**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Édesanya  
☐ 2. Édesapa  
☐ 3. Testvér  
☐ 4. Féltestvér  
☐ 5. Anya családjában  
☐ 6. Apa családjában

**11. Testvérek száma:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Nincs testvér  
☐ 2. Kettőből ő az idősebb  
☐ 3. Kettőből ő a fiatalabb  
☐ 4. Háromból ő az legidősebb  
☐ 5. Háromból ő a középső  
☐ 6. Háromból ő a legfiatalabb  
☐ 7. Többől ő a legidősebb  
☐ 8. Többől a középső  
☐ 9. Többől ő a legfiatalabb

**12. Féltestvérek:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Nincs  
☐ 2. Van

**13. Iker:**

- ☐ 0. Nem iker  
☐ 1. Egypetjű  
☐ 2. Kétpetjű  
☐ 3. Többes iker

**14. Terhesség:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Problémamentes  
☐ 2. Problémás

**15. Születési adatok:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Sima szülés (hüvelyi)  
☐ 2. Komplikált szülés  
 (pl. oxigénhiányos állapot)

- ☐ 3. Vákuumos/fogós szülés  
☐ 4. Sürgősségi császár  
☐ 5. Programozott (tervezett) császár

**16. A szülés időpontja:**

- ☐ 0. Nem ismert  
☐ 1. Időben  
☐ 2. Koraszülés (37. hét előtt)  
☐ 3. Túlhordás (>42 hét)

4.a melléklet. A YAM programra kidolgozott hazai prospektus fedőlapja.



4.b melléklet. A YAM programra kidolgozott hazai prospektus „Segítség egy gondban levő barátnak” része.

## 5 rész: Segítségnyújtás egy gondban levő barátnak

Nem segítesz a barátodnak azzal, ha csödben maradsz vagy nem fordulsz felnőttökhöz segítségért, csak azért, mert megkért a barátod, hogy ne beszélj senkinek a dologról.  
A legjobb megoldás mindig az, ha a lehető leghamarabb segítséget kérsz.

### Honnan tudod, hogy egy barátodnak segítségre van szüksége?

Egy barátod, aki „mélyen” van, lehet, hogy:

- **Inkább egyedül szeret lenni**
- **Hangulata jelentősen megváltozik**
- **Szokatlanul szomorú, vagy nagyon ingerült**
- **Étkezési szokásai jelentősen megváltoznak**
- **Nehézen köt új barátságokat, vagy nehézsége van a régiek megtartásával**
- **Egyértelműen romlik az iskolai teljesítménye**
- **Nem képes problémákat, vagy a mindennapi dolgait megoldani**
- **Újra és újra megsérti mások jogait**
- **Szembeszáll a hatóságokkal / tekintéllyel, lóg az iskolából**
- **Lop, durvává válik**
- **Gyakran vannak düktitőrései vagy agresszív kirohanásai**
- **Önsértő vagy önromboló magatartásúvá válik**
- **Nagyobb mennyiségű alkoholt fogyaszt, drogozik**
- **Túlzott az önértékelése és/vagy óriási az energiája**
- **Kényszeres, ismétlődő viselkedésformákat vagy rituálékat vesz fel, mint például állandó kézmosás vagy valaminek az ismételt ellenőrzése**

4.c melléklet. A YAM programra kidolgozott hazai prospektus „Segítség egy gondban levő barátnak” részének folytatása.

**Egy barátod, aki rosszul érzi magát, ilyesmiket mondhat:**



5.a melléklet. A YAM programra kidolgozott hat poszterből a „Depresszió és öngyilkossági gondolatok” témájú.

#### 4. Poszter

# Depresszió és öngyilkossági gondolatok

### *Jegyezd meg*

- ➔ Bárkinél előfordulhat depresszió vagy öngyilkossági gondolatok.
- ➔ Amikor depressziós vagy, úgy érezheted, hogy:
  - » “Semmit sincs kedvem csinálni és semmi sem okoz örömet”
  - » “Időnként lehangoltnak, depressziósnak vagy reménytelennek érzem magam”
- ➔ Az is lehet, hogy könnyen ingerült leszel, alacsony az önértékelésed, túl keveset vagy túl sokat eszel, alvási nehézségeid vannak, és talán még olyan gondolataid is vannak, hogy nem akarsz tovább élni.
- ➔ Ha a halálon vagy öngyilkosságon gondolkozol, lehet, hogy súlyosan depressziós vagy, és amilyen hamar csak tudsz, segítséget kellene keresned.
- ➔ Ne félj attól, hogy segítséget kérj – vannak emberek, akik törődnek VELED!
- ➔ A segítség elérhető.



5.b melléklet. A YAM programra kidolgozott hat poszterből a „Segítség egy gondban levő barátunk” témájú.

## 5. Poszter

# Segítségnyújtás egy gondban lévő barátunk

### ***Jegyezd meg***

- ➔ Ha egy barátod a depresszió vagy a stressz / feszültség jeleit mutatja, vagy krízishelyzetben van, a legjobb, ha segítséget kap, amilyen hamar csak lehet.
- ➔ Ha hallgatsz a barátod problémájáról, mert megkért arra, hogy ne mondd el senkinek, csak rosszabbá válik a helyzet.
- ➔ A barátod rosszul érzi magát, ha ilyeneket mond:
  - ‘Utálom magamat’
  - ‘Azt kívánom, hogy bárcsak halott lennék’
  - ‘Mindenki kigúnyol engem’
  - ‘Senki sem törődik velem’
  - ‘Mások mindig kiszúrnak velem’
  - ‘Beteg vagyok, és nincs erőm az élethez’
  - ‘Ezt nem tudom tovább elviselni’
- ➔ A barátod „mélyen” van, ha:
  - szokatlanul komor, szomorú és bánatos
  - elvesztette az örömet és az érdeklődését a szokásos tevékenységek iránt
  - a hangulata és az étkezési szokásai megváltoznak
  - nem képes a problémákat megoldani
  - nagyobb mennyiségű alkoholt fogyaszt, drogozik
  - szándékosan megsérti magát
- ➔ Ne feledd, hogy szakember segítsége elérhető! Beszélj egy felnőttel, akiben TE meg tudsz bízni.

5.c melléklet. A YAM programra kidolgozott szerepjátékokra példa.

|  |
|--|
| <p><b>III. Téma - 1. SZEREJÁTÉK</b></p> <p><i>Erik</i> veszekszik a szüleivel, és úgy gondolja, hogy mindenki szörnyű. Rosszul alszik, elkezd alkoholt fogyasztani és kimarad az iskolából. Szerepjáték: Az egyik diák játssza Eriket, és mutassa be, hogyan érezheti magát, más diákok olyan embereket játszanak, akik segíthetnek rajta (barátok, családtagok, tanárok, stb.). Mit kellene Eriknek tennie?</p>   |
| <p><b>III. Téma - 2. SZEREJÁTÉK</b></p> <p><i>Klára</i> egészen a múlt évig jól tanult. Népszerű és segítőkész volt. Az utóbbi néhány hónapban megváltozott; hiányzik óráról, nem akar beszélni a régi barátaival, mindentől megijed, rosszul alszik, lehangolt, elkezdett kimaradozni az iskolából és úgy gondolja, hogy nem érdemes élni. Szerepjáték: Az egyik diák játssza Klárát, és megvizsgálja érzéseit, más diákok olyan embereket játszanak, akik segíthetnek rajta (barátok, családtagok, tanárok, stb.).</p> |
| <p><b>III. Téma - 1. TARTALÉK SZEREJÁTÉK</b></p> <p><i>Julit</i> semmi sem érdekli. Úgy gondolja, hogy képtelen változtatni azon, amilyen most az élete. A szülei vitatkoznak, és úgy tűnik, hogy nem törődnek vele, a nagymamája az előző hónapban halt meg, és nincs olyan felnőtt a környezetében, akivel beszélni tudna. Eljött, hogy találkozzon Vele, de valójában úgy tűnik, csak azt akarja, hogy valaki meghallgassa.</p>   |